DELLA
ESOFAGOTOMIA
E
DI UN NUOVO METODO DI ESEGUIRLA

MEMORIA

DI ANDREA VACCÀ BERLINGHIERI

PROFESSORE DI CLINICA CHIRURGICA NELL' IMP. E R. UNIVERSITA' DI PISA,
CAV. DELL' ORDINE DEL MERITO SOTTO IL TITOLO DI S. GIUSEPPE,
E MEMBRO DI MOLTE ILLUSTRI ACCADEMIE EUROPEE.

PISA
PRESSO SEBASTIANO NISTRI
MDCCCXX.

Se il ragionamento non fosse sempre sospetto, allorchè non è appoggiato ai fatti, e tanto più quando sembra con essi in contradizione, si sarebbe autorizzati a concludere, senza tema di errare, che l'anatomìa è nata pria della Chirurgìa, o almeno delle grandi operazioni chirurgiche; che queste sono figlie dell'esatta cognizione della struttura del corpo umano, del ragionamento e dell'esperienza; che l'azzardo, disgraziate combinazioni, o l'analogìa, hanno mostrato agli uomini quali parti potevano essere più o meno gravemente offese, senza compromettere l'esistenza dell'individuo, quali non soffrivano lesioni importanti senza ucciderlo; che l'anatomìa ha indicata la struttura e la posizione di queste; ed il ragionamento profittando di tali importanti nozioni, coll'ajuto specialmente della meccanica, ha create tutte le grandi operazioni chirurgiche.

Infatti, come supporre, che non conoscendo esattamente la struttura dell' occhio, si sia potuto pensare ad abbassare o ad estrarre il cristallino, e ad eseguire una sì ardita e delicata operazione? Come supporre che l'introduzione dei setoni nel condotto lacrimale abbia preceduto la scoperta delle vie lacrimali, e la circolazione delle lacrime? Come immaginare, che l'estrazione della pietra dalla vescica orinaria siasi eseguita pria che si conoscesse la struttura di quelle parti, che si devono recidere per crearle un passaggio? Eppure se ci riportiamo all'istoria della chirurgìa, già il maggior numero delle grandi operazioni chirurgiche, quelle che sembrano dettate dalle più esatte cognizioni anatomiche erano note e si eseguivano, allorchè l'anatomìa era appena nell'infanzia.

L'istoria di questa scienza c'insegna, che i più grand'uomini delle remote età, Ippocrate istesso, gran conoscitore certamente dell'anatomìa dei suoi tempi, confondeva l'arterie colle vene, l'esofago coll'aspera arteria ec. ec. Essa c'insegna, che questa scienza incontrando presso tutti i popoli e per lo spazio di tanti secoli, più o meno gagliarde opposizioni nei vani e puerili pregiudizj degli uomini, non si è avvicinata alla perfezione che tardi, quando già la mas-

sima parte delle operazioni chirurgiche si conoscevano, e solo ha servito a perfezionarle.

È però sì repugnante alla ragione questa opinione, che sembra provata dall' istoria, che mi sento inclinatissimo ad abbracciare l' ipotesi di quei sommi filosofi, i quali in altre branche dell' umano sapere hanno supposto, che la parte scientifica o teorica, quella cioè, che può avere dato origine all' arte, siasi perduta o oblìata per dei secoli, e che le pratiche meccaniche, come quelle delle quali si ha giornalmente bisogno, siansi per tradizione conservate attraverso le infinite rivoluzioni fisiche e morali, che il nostro globo e la società hanno sofferto, e che hanno potuto far dimenticare le teorìe.

L' istesso fato ha forse subìto l' anatomìa, forse essa esisteva avanti l' operazioni chirurgiche, forse le scoperte anatomiche dei moderni, non sono scoperte, ma ritrovamenti di cose dimenticate. Questa supposizione diventa ancora più ragionevole, quando, rileggendo con attenzione ciò, che gli autori anteriori a queste scoperte anatomiche hanno scritto intorno a molte delle grandi operazioni chirurgiche, sembra che si possa concludere, che i loro scritti contengan piuttosto gli avanzi o i frantumi d'una scienza che gli elementi di essa.

Ma lasciando da parte questa difficile, e forse interminabile discussione, più degna di occupare l'ozio di un'accademico, che il tempo di un pratico, che miri ad estendere i confini dell'arte, mi contenterò di osservare, che fra le poche operazioni chirurgiche ignote agli antichi, si può contare l'Esofagotomìa. Che questa operazione non ha potuto essere nè immaginata nè eseguita, se non se da un Chirurgo, il quale riunisse alle grandi cognizioni anatomiche quell'ardire, che inspirano il sapere, il lungo esercizio, una naturale imperturbabilità, il desiderio imperioso di conservar l'esistenza a chi è sul punto di perderla, tali e tanti sono gli ostacoli, che s'incontrano nell'eseguirla.

È appunto dell'Esofagotomìa che voglio occuparmi in questo scritto. È su quest'operazione che voglio fissare l'opinione dei Chirurghi; operazione importantissima, colla quale si sarebbero potute sottrarre molte vittime o a pronta morte, o a gravi e pericolosissime malattìe acute o croniche, se la struttura delle parti, in mezzo alle quali dovea portarsi il coltello, non avesse spaventato anche i più grandi Chirurghi.

Le opinioni dei moderni scrittori di Chirurgìa sono discrepantissime su questa operazione; e mentre alcuni di loro, in certe

gravi, e determinate circostanze, consigliano di metterla in uso, altri non meno rispettabili pratici ricusano di eseguirla in quelle medesime circostanze, e ne limitano l'uso a casi sommamente straordinarj. Questi ultimi Chirurghi riguardano i pericoli che la circondano, come molto superiori a quelli, che sorgono dall' abbandonare agli sforzi della natura quelle malattìe, che con tale operazione si potrebbero combattere od evitare.

Nomi illustri appoggiano le due differenti opinioni; e quello che è più, non mancano, come vedremo, valevoli argomenti per sostenere l'una o l'altra. Un nuovo metodo di eseguire quest'operazione, che evita tutti i gravi pericoli, che la circondano realmente coi metodi già conosciuti, cambierà, io mi lusingo, l'opinione dei pratici e li farà convenire, che essa non merita di rimanere nel rango delle pericolosissime operazioni. Ma prima di passare alla descrizione di questa nuova maniera di praticare l'Esofagotomìa, mi sia permesso di esaminare quello, che fin quì è stato scritto su tale proposito dagli autori più noti delle diverse colte nazioni di Europa, e di fissare lo stato dell'arte fino al momento attuale.

Gli Antichi, allorchè un corpo straniero cadeva nell'esofago, e vi si fissava, tentavano ora di spingerlo nello stomaco, ora di

estrarlo per la bocca secondo le circostanze. Se nè l'uno nè l'altro di questi tentativi riusciva fruttuoso, essi non possedevano altre risorse per sottrarre l'ammalato o ai gravi incomodi, o ai gravi rischi della morte prontissima o lontana, o alle croniche e penose malattìe che potevano esserne la conseguenza. Verduc (1), per quanto pare, il primo consigliò di estrarre i corpi stranieri, incidendo l'esofago, Hevin ne convenne, ed era riserbato al celebre Chirurgo Guattani (2) l'onore di dettare i precetti di questa operazione, e di sottoporla a regole fisse, come tutti gli altri grandi processi operatorj chirurgici.

La Memoria di questo illustre Chirurgo, inserita negli atti dell'Accademia di Chirurgìa, benchè imperfetta, è tutto quello che l'arte possiede di meglio su tale importante argomento. Dopo Guattani nulla di utile è stato aggiunto, intorno all'Esofagotomìa, che non solo è rimasta nell'imperfezione, ma sembra anzi aver fatti dei passi retrogradi. Infatti molti chiari scrittori dei nostri tempi, hanno sommamente ristretti i limiti dell'arte per questo lato, fissando che l'Esofagotomìa debba praticarsi soltanto

(1) *Vedi Mem. de l'Academie Royale de Chirurgie Tom. I. p. 444.*

(2) *Vedi l'Opera citata Vol. III. pag.* 351.

quando il corpo arrestato nell'esofago forma tumore esterno sulle parti laterali del collo, mentre Guattani la consigliava, allorchè il corpo straniero non potendo o per la sua forma, o per il suo volume, o per le sue ree qualità, essere spinto nello stomaco, non riusciva d'estrarlo per la via della bocca, e minacciava la vita, portando gravissime offese alla respirazione o alla deglutizione.

Le moderne restrizioni rendono il caso di praticare l'Esofagotomìa rarissimo, giacchè difficilmente s'inghiottono corpi assai voluminosi da far tumore sulle parti laterali del collo, giusto perchè il loro volume si oppone spesso al loro ingresso nell'esofago, perchè questi corpi non sempre si arrestano in quella parte di esso, che corrisponde alla regione del collo, ed assai più frequenti sono i casi, nei quali i corpi caduti in questo condotto, non con il loro volume, ma colle loro ree qualità o chimiche, o meccaniche, possono sommamente nuocere o allo stomaco se vi sono spinti, o all'esofago facendo dei tentativi, per far ch'essi percorrino questo canale, o agli altri organi digestivi se vi ci si fanno cadere. In queste disgraziate circostanze, che sono, come abbiam detto, le più comuni, quegli autori che non ammettono l'Esofagotomìa quan-

do riesca impossibile l'estrazione del corpo straniero per la via della bocca, non sostituiscono a questa operazione alcun' altro compenso, fuori che quello di combattere i sintomi che possono sopravvenire.

L'opinione di Verduc, i precetti di Guattani sopra l'Esofagotomìa, furono abbracciati da Bertrandi, da Beniamino Bell, da Richter, da Monteggia, da Rossi, da Samuel Cooper, da Léveillé (1) i quali tutti consi-

(1) Cette operation est difficile, mais il vaut mieux l'entreprendre que d' avoir le deplaisir de voir mourir le malade. *Ved. Verduc. pat. Chir.*

Guattani riportando questa opinione di Verduc, aggiunge je suis entièrement de son opinion. La structure anatomique de la partie sur la quelle se doit faire l' Oesophagotomie fait connoitre qu' on peut la pratiquer. *Ved. Mem. de l'Academie Chirurgie. Tom. III. pag.* 355.

Si le corps etranger fait une tumeur au col on doit couper sur la tumeur même comme cela a été fait dans les cas que nous avons rapportés. Quand il n'y a point de tumeur, le malade par les douleurs les piquures qu'il sentira à une hauteur determinèe dans l'Oesophage pourra indiquer l'endroit ou est arrété le corps etranger, et on pourra encore mieux le reconnoître en comprimant la trachée-artere. Dopo aver descritto il modo di eseguire l' operazione aggiunge: J'ai avec succés répété quelque fois sur les animaux les experiences de Guattani. Cette operation ne me parait pas tres-difficile même chez l' homme. Je conseillerois cependant de s'exercer sur les cadavres pour l'entreprendre avec plus de sureté sur les vivans, et de la faire si elle devenait l unique remède possible. Il y a dans les operations un certain hazard qui ne nous favorise pas toujours. Combien de fois ne voit-on pas les operations les plus légères avoir des suites funestes par des circostances malheureuses qu'on pouvait pas prevenir; et d'autres très-graves par elles mêmes se terminer cependant avec tout le succés possible, contre l'opinion commune. *Ved. Trait. des Oper. de Chir. par Bertrand pag.* 424., e seg.

gliarono l'incisione dell'esofago come Guattani, anche nel caso che il corpo arrestato nell'esofago non facesse tumore all'esterno,

Quando un corpo voluminoso formato nell'esofago comprime la via del respiro, converrà premettere la Broncotomìa, perchè il malato non resti soffogato; e se il corpo arrestato o per essere immobilmente impegnato, o di qualità troppo offensiva, non si possa, o non convenga cacciarlo al ventricolo, si può cercare di estrarlo coll'aprire l'esofago, di che più avanti si dee parlare. *Monteggia Istituzioni Chirurgiche, parte terza, lezione seconda pag.* 129.

Ma qualora succede che il rituramento dell'esofago sia sì completo, che intercluda totalmente il transito all'alimento dentro allo stomaco, o quando da ciò il respiro è molto intercetto, se non si trovi praticabile di rimuovere la cagione ostruente con altri mezzi, conviene decidere se sia da tentarsi di levarla via con il mezzo di una incisione. Siccome l'esofago sta riposto profondamente, essendo coperto dalla Trachea, e siccome parecchj vasi sanguigni di qualche grossezza vi si diramano contigui, è perciò sempre stato assai giustamente considerato essere pericoloso il farci un incisione, e in generale è stato esposto come massima stabile di non mai cimentarla.

Ma sebbene nessun Professore crederà conveniente di eseguire questa operazione senza qualche ragione importante, tuttavia in quegl'incontri che abbiamo annunciato, dove molto pericolo ne dee seguire, o da qualche sodo intercludimento al passaggio dei cibi dentro lo stomaco, o di quello dell'aria dentro a' polmoni, essendo che l'operazione della Broncotomìa esposta nell'ultimo capitolo quivi recherebbe un sollievo passeggiero, sarà sicuramente preferibile il mettere l'infermo al rischio eziandio di questo incerto rimedio, di quello che lasciarlo meschinamente in abbandono con la certezza di un'esito inevitabilmente fatale.

Ad onta di un pregiudizio universale contro questa operazione, noi crediamo di avere con sufficiente ragione fondamento di raccomandarla in quei casi di rituramento dell'esofago, che non si possa altrimenti liberare. *Vedi Trattato di Chir. di Ben. Bell Tom. III. p.* 281. *e seg.*

Mais si ce corps (quello arrestato nell'esofago) etait

purchè egli fosse di natura da nuocere sommamente cadendo nello stomaco, che non si potesse estrarre coi mezzi noti, e che la

solide, et angulaire, s'il n'etait possible, ni de l'extraire par la bouche, ni qu'il fut permis de le pousser dans le ventricule, et que d'ailleurs il bouchât entierment le canal de l'oesophage alors on fera l'Oesophagotomie, et s'il comprimait aussì la Trachée au point de menacer suffocation, on fera d'abord la laryngotomie pour prevenir cette derniere, ensuite l'Oesophagotomìe pour extraire le corps; car on pourrait considerer comme coupable tout chirurgien qui dans ces cas desesperés abbandonàt par son inaction les malades à une mort certaine, quoique il peut arriver qu'ils meurent après l'operation, perceque on a des exemples d'un heureux succés de l'Oesophagotomìe dans le troisieme volume des memoires de l'Academie de Chirurgìe de Paris, et d'ailleurs les plaies de l'oesophage sont assez susceptibles de cure pour qu'un Chirurgien versé dans l'anatomie puisse faire cette operation sans aucun risque. *Vedi Elemens de Medecine operatoire par M. Rossi Tom. II. pag.* 76.

Il caso in cui trovasi il Chirurgo autorizzato a questa operazione (l'Esofagotomìa) è di tre specie. 1. Allora quando cioè il corpo straniero esistente nell' esofago non può essere in modo alcuno nè estratto nè cacciato in basso. 2. quando esso desta dei sintomi pressanti, e violenti, 3. allorchè esso è ben fermo nella parte superiore dell'esofago . . . . .

Con maggior facilità si determinerà il Chirurgo certamente a questa operazione, allorchè il corpo arrestato nell'esofago è di una mole (per esempio un pomo) che distendendolo ci produca un tumore al Chirurgo esteriormente sensibile, il quale lo diriga nell'operazione, e ne renda molto più agevole il prospero evento. *Vedi Elementi di Chir. di Richter Vol. IV. p.* 191. *e seg.*

Donc, dans le cas d'un corps étranger qui, de l'oesophage ne peut etre precipitè dans l'éstomac, il vaut mieux entreprendre cette operation quelque hasardeuse qu'elle paraisse que d'exposer le malade à perir de suffocation. *Vedi Nouvelle Doctrine Chirurgicale per Leveillé Tom. III. p.* 414.

Oesophagotomy. (from *œsophagus*, and τεμνω, to cut.)

sua presenza offendesse la deglutizione o la respirazione.

Consigli assai più timidi subentrarono poi in molte delle moderne Scuole d'Europa, e chiari Autori Sabatier, Callisen, Carlo Bell, Richerand, Jourdan si accordarono e s'accordano a proscrivere questa operazione fuori che nel caso già indicato

Oesophagotomia. This operation consists in making an incision into the œsophagus, in order to take out of this tube foreign bodies, which lodge in it, and which can neither be extracted through the mouth, nor pushed down into the stomach, and whose continuance in the œsophagus would occasion fatal symptoms.

As the œsophagus is deeply situated, and covered by very important parts, such as the trachea, nerves, and considerable blood-vessels, every operation, the object of which is to make an opening into this tube, has always been regarded as exceedingly dangerous, and was even, for a long while, quite proscribed. However, although every rational practitioner agrees, that this proceeding should never be resorted to, without some most urgent cause, yet, if a case were to present itself, in which the œsophagus was so obstructed, by some extraneous substance, that no food could absolutely pass into the stomach, or if, in consequence of an accident of the same nature, respiration were impeded in a manner imminently dangerous to life, doubtless the uncertain chance of the operation should be preferred to the certainty of a fatal event. Many instances of the œsophagus being accidentally wounded, have been known to end well. Mr. B. Bell saw a man, who, in attempting to kill himself, by cutting his throat, cut through a great part of the trachea into the œsophagus. Bohnius relates the case of a man, wounded in the same way, whose wound in the œsophagus was quite manifest, as every thing which the patient attempted to swallow came out of it. Both the patients, just mentioned, got well, and many similar examples are on record.

del tumore esterno, ed alcuni di essi osano appena proporla perfino in questo caso (1).

(1) Il Sabatier nella sua Médicina Operatoria, vol. 3. pag. 448. parlando dei tentativi da farsi per liberar l'esofago dai corpi stranieri scrisse « Ce qui vient d'etre dit suppose que la suffocation produite par les corps arretés dans l'oesophage n'est pas excessive, que ce corps dont la figure anguleuse et connue peut etre deplacé, et qui ne fait pas saillie au dehors. S'il est d'un gros volume et que la pression qu'il exerce sur la trachée artere intercepte la respiration, comme dans un des cas rapportés, par Abicot à l'article Bronchotomie, on ne peut se dispenser de pratiquer cette operation après la quelle on se servira des moyens propres à le retirer ou à le pousser dans l'estomac. Si quoique d'un volume moindre, il est fortement retenu dans le lieu qui l'occupe et qui fasse saillie au dehors il est possible d'en debarasser le malade, en faisant au col une ouverture, qui pénétre jus-qu'au dedans de l'esophage et qui permet de l'estraire.

Callisen Tom. 5. pag. 129. traduzione del Sig. Capurri all'art. Esofagotomìa, scrive, che quest'operazione non è mortale per se stessa, come insegnano esperimenti fatti sui bruti e sugli uomini; nulla meno essendo di gran momento e difficile, appena sembra indicata se l'esofago esteso dal corpo straniero non sia esternamente prominente. Se poi l'affare è diverso, è forse meglio rimovere colla Tracheatomìa il pericolo della soffocazione, e ricreare il corpo con i clisteri nutrienti, con i bagni, ed aspettare la soluzione o la sortita del corpo straniero dalle forze della natura.

Carlo Bell nel suo trattato di chirurgìa operativa, traduzione del Sig. Borovero, nel 1.° Vol. alla pag. 9. descrive l'Esofagotomìa come una operazione delle più gravi. Egli ci assicura di non aver mai veduto un caso che potesse autorizzare a eseguire sì grave operazione, e solamente ne concepisce la possibilità.

Richerand così si esprime nella sua Nosografia « Lorsque un corps etranger trop volumineux ne peut etre ramené ni repoussé au delà du lieu qu'il occupe l'incision de l'esophage a été proposé pour l'extraire. Il faudroit dit-on choisir le coté gouche du col parceque de ce coté l'esophage depasse un peu la trachée artere; laisser la carotide au dehors avec le pacquet des vaisseaux et des nerfs jugulaire.

Nè Verduc, nè Guattani, nè Richter, nè Bertrandi, nè Beniamino Bell, nè Monteggia si nascosero i non lievi rischi che si dovevano incontrare nello scoprire ed incidere l'esofago, allorchè il corpo straniero non lo sollevava in modo da formare tumore al collo, perchè situato fra parti interessantissime alla vita, che non possono esser ferite senza compromettere i giorni dell'ammalato. Ma queste difficoltà le credettero

En dedans serait la trachée-artere, et le nerf recurant dont la section pourrait entrener l'alteration ou l'affaiblissement de la voix. L'incision commencerait au dessous de l'artere tyroidienne superieure et se terminerait au dessus de la tyroidienne inferieure. Mais quelques exactes que puissent etre les connoissances anatomiques de l'operateur, les risques qu'une semblable operation ferait courir sont trop grands pour qu'on dut la pratiquer. Si la dilatation de l'esophage etait porté au point qu'il forma une tumeur saillante sur les parties laterales du col, on inciserait sur elle avec autant plus d'ardiesse que ce canal aurait en se dilatant ecartè les vaisseaux, dont la lesion est à craindre; l'emploi d'une fonde à dard ou de tout autre instrument analogue avec le quelle on percerait l'esophage de dedans en dehors serait plus dengereux encore que l'incision exterieure faite sans guide.

Jourdan all'articolo dell'Esofagotomia del Dizionario delle Scienze Mediche così scrive. Quoiqu'il en soit de tout ces raisonnements le risque d'une operation semblable doivent en detourner ceux mêmes des operateurs dont les connoissances anatomiques seraient les plus exactes. Les circonstances qui seules pourraient autoriser à l'entreprendre, exiger même qu'on la pratiquat, seraient l'inamovibilité absolue du corps étranger, l'imminence de la suffocation on l'impossibilité absolue totale d'avaler, la situation du corps etranger à la partie superiure de l'esophage, (lieu ou du reste on a coutume de l'observer) mais principalment l'existence d'une tumeur formée par sa saillie sur les parties laterales du col.

superabili da un Chirurgo dotato di gran sangue freddo, e conoscitore di notomìa. Crederono di poca importanza, per loro stesse, le ferite dell'esofago, riguardarono come sommamente più pericoloso il lasciar cader nello stomaco corpi pungenti, taglienti o velenosi, il lasciare nell'esofago un corpo se impediva assolutamente la deglutizione, se rendeva difficile, o impossibile la respirazione, o produceva altri pericolosi sintomi.

Ma alcuni dei più moderni Scrittori al contrario, riguardando come difficilissimo di arrivare all'esofago col coltello, senza offendere le parti vicine, allorchè non esiste tumore all'esterno, appoggiandosi a non pochi fatti, dai quali fuor d'ogni dubbio resulta, che un corpo straniero può in qualche caso trattenersi lungamente nell'esofago senza produrre gravi sconcerti, ad altri i quali provano, che l'inghiottimento dei corpi velenosi, o pungenti, o incidenti non sempre produce morte, nè grave malattìa, preferiscono di aspettare le risorse della natura piuttosto che correre i rischi dell'operazione, e si contentano di combattere la soffocazione colla Tracheotomìa, e di supplire alla deglutizione per la via dell'intestino retto e della pelle.

Militano dunque delle ragioni per l'una

e per l'altra opinione, in modo che nello stato attuale delle cose, la questione è di difficilissima soluzione; mentre gli uni non possono negare, che l'Esofagotomìa eseguita col metodo già noto non sia un'operazione della più grande importanza per la vicinanza della carotide, della giugulare, dei grossi nervi alle parti che devono essere incise, nè che a questi gravi rischi si esponghino gli ammalati per liberarli da un corpo estraneo, il quale raramente produce una pronta morte, non sempre gravi malattìe, e qualche volta passa cagionando lievissimi incomodi; nè dagli altri può revocarsi in dubbio, che lo scoprimento, e l'incisione dell' esofago possa eseguirsi (benchè con difficoltà) senza offendere le già nominate parti, anche quando questo canale non è sommamente disteso dal corpo straniero, se un abile Chirurgo si accinge a quest'operazione. Nè può negarsi da veruno quello che ripetute osservazioni hanno chiaramente mostrato, che non tanto di rado, cioè, gravissimi mali, e la morte istessa siano la conseguenza dell'inghiottimento dei corpi stranieri di cui si tratta.

Un calcolo esatto per determinare, se i rischi dell' operazione siano più grandi di quelli, che nascono dall'inghiottimento di questi corpi, non è stato mai fatto e non

può farsi , perchè l'Esofagotomìa non è stata praticata nelle descritte circostanze. Ma poco importa per il bene dell'arte di decidere una tal questione dietro quello che abbiamo da dire su questo proposito.

Egli è però importantissimo di osservare, che i partigiani dell'Esofagotomìa, come quelli che non l'ammettono fuori che in certi determinati casi, si trovano d'accordo nel riguardare le ferite dell'esofago per loro stesse, come poco pericolose; ma gli ultimi, come abbiamo già notato, credono difficilissimo di evitare la lesione delle parti interessanti prossime a questo canale. Il solo consenso di tanti stimabili Autori su questo punto interessantissimo al nostro soggetto (che non siano cioè le ferite longitudinali dell' esofago pericolose per loro stesse) ci dà delle fortissime presunzioni in favore d'una tale opinione. Ma se vogliamo a fondo esaminarla, nè riportarci alle autorità, qualche volta fallaci, noi troveremo, l'analogìa, l'anatomìa, l'esperienza perfettamente d'accordo coll'opinione ricevuta. In fatti noi vediamo giornalmente le ferite di varj condotti o canali del corpo umano, destinati a condurre fuori del corpo gli umori dai nostri organi separati, o a portare a questi diverse sostanze, o ad eseguire varie importanti funzioni, noi le vediamo,

dico, guarirsi giornalmente senza produrre altri sconcerti, se non se quelli che ponno nascere dagli stravasi dei fluidi che gli attraversano, o da qualche altra particolar circostanza. Qual pericolo accompagna la ferita della laringe e della trachea, se le arterie vicine non sono lese, se l'aria può liberamente uscire senza formare enfisema? Qual pericolo accompagna le ferite dell'uretra, se le cose sono disposte in modo, che le orine non possino fermarsi nè accumularsi nel tessuto cellulare che circonda questo canale? Il canale intestinale stesso, che oltre l'ufficio di canale escretore, esercita tante importanti funzioni nella macchina umana, non può egli essere inciso senza grave rischio, là dove non è coperto dal peritoneo, in quella parte ove forse le sue funzioni come organo cessano affatto, e solo quelle di canale escretore eseguisce? voglio parlare dell'intestino retto, che giornalmente incidiamo nelle operazioni di fistola all'ano col più felice successo.

Se anatomicamente vogliamo esaminar la questione, ci convinceremo sempre più della enunciata proposizione, perchè null'altro che una membrana muscolare, una membrana muccosa, e dei follicoli della stessa natura, con pochi nervi, con vasi di poca importanza, sanguigni come linfatici, entrano

nella composizione di questo condotto, ed i Chirurghi nelle grandi operazioni portano dirado o mai i loro coltelli in parti di meno delicata struttura, o meno complicata di quella dell' esofago.

Mà a che serve cercare nell'analogìa e nell'anatomìa argomenti in favore di questa opinione, quando l'una e l'altra potrebbero guidarci all'errore? l'esperienza è la sola che non possa ingannarci. Gli esperimenti fatti sugli animali da Guattani e da Bertrandi, mostrano il niun pericolo delle ferite dell'esofago; tutti gli animali sottoposti a tali esperimenti guarirono perfettamente in pochi giorni delle loro ferite; quello che è più significante (giacchè l'esperienze sugli animali lasciano sempre qualche sospetto) le ferite dell' esofago osservate dai Chirurghi prodotte dal coltello chirurgico o accidentalmente, si sono con facilità guarite, ed hanno portato la morte soltanto quando le parti interessanti vicine erano ferite, o quando si sono potuti formare stravasi nella cavità del petto.

Delle ferite dell' esofago fatte per l'estrazione dei corpi stranieri, ossia con l'Esofagotomìa io non ne conosco che tre esempj, e in questi tre casi l'operazione è stata coronata da ottimo successo (1). Molte sono

(1) Au mois de Mai 1738. M. Goursaud, Chirurgien

le osservazioni di ferite di questo canale prodotte accidentalmente, perfettamente guarite. Ne contengono degli esempj gli atti dell'Accademia di Chirurgìa (1). Schen-

à Coussat-Bonneval en Limousin, fut appellé pour secourir un homme qui avoit avalé un os d'un pouce de longeur six lignes de large. M. Goursaud fit différentes tentatives pour faire descendre ce corps étranger dans l'estomac; mais n'ayant pu y réussir, et l'os se faisant sentir sous le doigt, du côté gauche, il se détermina à faire une incision sur l'endroit où étoit le corps étranger, pour en faire l'extraction. L'incision étant faite, l'os fut tiré facilement, il n'y eut aucun accident; un simple bandage unissant procura une guérison prompte. On observa de ne donner au malade aucun aliment pendant six jours, et l'on tâcha d'y suppléer par des lavemens nourissans. Pareille opération a été faite, avec le même succés, par M. Roland, Chirurgien-Major du Régiment de Mailly. *Vedi Mem. de l'Acad. de Chirurgie Tom. III. pag.* 14.

Una persona si ficcò per la bocca in gola una pipa da fumare, di cui un pezzo vi rimase dentro, quale sentivasi esternamente sotto alla cute nella parte media, e laterale del collo. Ivi si fece un'incisione, che si estrasse col più felice esito. *Vedi Elem. di Chir. di Richter tom. IV. pag.* 100.

(1) M. de Garengeot fut appellé pour voir un homme qui s'était fait avec un razoir une grand playe trasversale de huit travers de doigts de longueur entre les cartilages thyroïde, et cricoïde; la partie supérieure de la trachée-artére fut entiérement coupée, l'oesophage fut divisé dans plus de la moitié de son diamétre, tous les muscles de la partie antérieure du col, et la veine jugulaire externe gauche furent aussi totalement coupés. La section de tous ces muscles faisoit que la tête du blessé étoit fort renversée en arriere, et que les lévres de la playe étoient trés-éloignées l'une de l'autre . . . . il ne survint que trés-peu d'accidents, et la guérison du blessé fut parfaite le dix-huitiéme jour.

M. Poncenard parla del seguente caso « des voleurs attaquerent un homme dans un bois, et lui couperent la gorge, la trachée-artére fut totalement divisée; la partie superieure de l'oesophage fut presque tout-à-fait coupée, car

chio (1) ne riporta un'osservazione, il Pareo, il Dionigi, l'Habicot, il Pigret contengono pure osservazioni di questo genere; negli ultimi tempi Pelletan (2) ne pubblicò due importantissimi.

il ne restoit que la portion postérieure de ce canal qui est collée sur les vertébres du col; les muscles sternohyoidiens, ou bronchiques, un des muscles sternomastoïdiens, les jugulaires externes, et quelques autres vaisseaux furent aussi entiérement coupés; de sorte que cette ènorme playe qui pénétroit presque jusqu'aux vertébres avoit environ dix travers de doigts de longeur. La tête du blessé se jettoit si fort en arriere, que les deux extrêmités de la trachée-artére étoient eloignées de cinq grands travers de doigts; les lévres de la playe étoient très gouflées, et pleines d'écume . . . . cette playe fut guerie le 21. jour. *Ved. Mem. de Chir. Tom. I. pag.* 588., *e seg.*

(1) Benedictus Bonacurtius, Physicus, et Chirurgus curavit quemdam carceribus detentum qui sibimet ipsi guttur, qua parte tracheam arteriam spectat, ferro vulneravit, digitoque vulnus tanto pare ampliavit, ut per ipsum alimenta, et medicamenta ad os usque transmitterentur, sanatus tamen hic est paucis diebus. *Ved. Schen. Obs. Med. Lib. III. pag.* 301.

(2) Un jeune savoyard, ayant amassé quelques pistoles à Paris, en faisant son métier de ramoneur, s'en retournait au pays avec un camarade. Celui-ci, tenté de le voler, lui donne un coup de couteau au-devant de la gorge, à une assez grande profondeur, pour atteindre l'œsophage qui fut ouvert.

Le blessé, apporté à l'Hôtel-Dieu, n'éprouva pas d'accidens graves: les boissons passaient par la plaie, mais en petite quantité, et sans exciter la toux. Le malade parvenait même à éviter ce passage en s'inclinant à droite pendant qu'il buvait. La plaie de la trachée-artére audessous du larynx laissait aisément échapper l'air, le sang et les mucosités. Bref, on ne peut guère voir une plaie de ce genre entraîner moins de gravité; cependant elle fut six semaines à se cicatriser, quoique les boissons eussent cessé de sortir par la plaie dès le quinzième jour.

Un homme, âgé d'environ trente ans, mélancolique,

Ma tutti questi fatti non basterebbero certamente ad escludere il grave pericolo delle ferite dell' esofago, se molte altre osservazioni si potessero opporre, dalle quali risultasse il contrario, come lo addurre esempj di ferite di cervello, di cuore, e di altri visceri ed organi interessanti alla vita, le quali sonosi felicemente sanate, non prova che le ferite delle citate parti non siano pericolose. Ma nel nostro caso non solo non si possono opporre molti fatti contro i già citati, ma neppure un solo, dal quale risulti che le ferite longitudinali dell' esofago, al collo, sieno state bastanti per se sole ad uccidere un uomo; molte sono certamente le persone perite con l'esofago reciso, ma coll' esofago erano insieme recise o le jugu-

ou ayant des causes de chagrin particulières, se donna un coup de couteau à la partie antérieure du cou avec une telle force, qu'il coupa la trachée-artère au-dessous du larynx, et l'œsophage. Les alimens solides et les boissons s'échappaient également par la plaie. Cependant la jeunesse et la force du sujet me donnant l'espoir de le guérir, mon premier soint fut de lui faire passer des boissons artificiellement. A cet effet, j'introduisis sans peine une canule de gomme élastique dans l'œsophage, et j'injectai de la boisson. Cette petite manœuvre réussit au point que nous en usions autant de fois que le malade avait besoin de boire, et depuis le premier essai rien ne sortit par la plaie de l'œsophage.

Les soins particuliers employés au traitement de la plaie de la trachée artère réussirent également bien, et je n'ai jamais vu un blessé de ce genre guérir aussi simplement; cependant la cicatrice ne fut faite qu'au bout de deux mois. *Ved. Pelletan. Cl. Chir. Vol. I. pag.* 38. *e seg.*

lari, o le carotidi, o i grandi nervi ottavo pajo e gran simpatico, o erano rimaste soffogate dall' ingresso del sangue nell' aspera arteria. E se l'Heistero (1), se il Platnero (2), se il Lafaye (3) ec. ec. dettero qualche importanza a queste ferite, benchè le riconoscessero per sanabili allorchè non recidevano l'esofago a tutta sostanza, e non erano complicate di lesione delle parti vicine, non hanno questi stimabili Autori appoggiato ad alcun fatto i loro timori, ed è accaduto quì come in molte altre cose chirurgiche o mediche, che gli autori si sono spesso copiati

(1) Quoties igitur œsophagi percussio levior est partibus prædictis, quæ junctæ sunt integris adhuc existentibus; dubium neutiquam est, quin curari nonunquam eadem possit. *Vedi Inst. Chi. Lau. Heisteri Vol. I. pag.* 114.

(2) Insanabile est vulnus si totus stomachus discissus fuit. Ægro levamentum praestari potest, si mediante infundibulo juscula in vulneratum stomacum immittantur. Ubi vero in stomacho vulnus est, idque hiat, necessarium est caput inclinari, et fasciam ad pectus adduci, quo orae vulneris attrahantur. Cum autem vulnus, nisi purgatum sit, glutinari nequeat, illud famem sitimque desiderat . . . . ne etiam ægrum, qui nullum cibum accipit, fames perdat is nutriri potest jusculis quæ in alvum immittuntur. *Ved. Inst. Chir. Ratio. Io. Gu. Plat. p.* 223.

(3) Le col est composé de parties dont les plaies méritent une attention particuliere. Les blessures de quelques-unes de ces parties et en particulier celles des arteres carotides sont mortelles. Les autres ne le sont pas toujours. Quoique celles de l'œsophage et de la trachée-artere soient trés-dangereuses, néanmoins on en guérit assez souvent, sur-tout quand ces deux parties n'ont pas été ouvertes en même temps. *Ved. Principes de Chirur. par Geo. de la Faye pag.* 381.

senza esame e senza critica. Rimane dunque provato dal ragionamento e dai fatti che una ferita, che segue la direzione delle fibre dell'esofago, che corsisponde alla ferita delle parti esterne in modo da rendere impossibile lo stravaso dei fluidi nelle parti vicine, che non è accompagnata da lesione di carotide, della jugulare, dell'ottavo pajo o del gran simpatico, del recurrente, è una ferita, che non può esser mai riguardata come molto grave e pericolosa; e questa importantissima verità, assai generalmente sentita, non può essere messa in dubbio, che da quei, che si lasciano guidare dalla prevenzione piuttosto che dall'osservazione.

Fissata questa massima, relativamente alle ferite dell'esofago, è sommamente essenziale di determinare le nostre opinioni intorno ai danni, che ponno resultare dal trattenimento d'un corpo straniero nell'esofago, e dalla caduta di questo nello stomaco. Consultando l'osservazione su questo argomento, essa chiaramente ci mostra, che corpi per la loro forma, per il loro volume, per le loro qualità chimiche, apparentemente in supremo grado nocive, cadendo nell'esofago, e di là nello stomaco ed in seguito nel canale intestinale, hanno in alcuni casi traversato tutte queste parti producendo niuno o piccolissimi sconcerti; in altri casi,

questi corpi si sono fermati nell'esofago, di dove non è stato possibile di farli uscire, hanno ivi prodotti sconcerti gravissimi è la morte, in altri individui i gravi sconcerti sono venuti, allorchè questi corpi sono caduti nello stomaco, ed in molti altri casi nel loro passaggio per gl'intestini, e specialmente per l'intestino retto.

Larray parla nel I.° tomo della sua Campagna d'Egitto di una gravissima infiammazione, e del Tetano, che mise l'ammalata sull'orlo della tomba, prodotta da una lisca di pesce fermata nell'esofago.

Littre riporta il caso d'una donna, morta per avere inghiottita una lisca di pesce che si arrestò nell'esofago, e produsse un vasto ascesso, il quale uccise questa infelice dopo quattordici mesi.

Svetonio racconta la morte del giovane Druso soffogato da una pera, arrestata nell'esofago.

Guattani vide morire un'uomo dopo 19. giorni di patimenti, per una ballotta, che gli si fermò nell'esofago.

Castellier descrive il caso di un giovine, che inghiottendo un scudo, questa moneta si arrestò nella parte media dell'esofago, di dove fù impossibile il toglierla. Questo scudo vi restò dieci mesi, produsse sconcerti talmente gravi da far temere della vita, ma

finalmente discese nello stomaco e l'ammalato guarì. Lo stesso Autore narra di un'altro giovine, che, per 14. giorni, tenne uno scudo nell'esofago, che fù attaccato in questo tempo da ripetuti vomiti sanguigni e muccosi, sincopi e gravi convulsioni che minacciavano l'esistenza; finalmente lo scudo passò nello stomaco e l'ammalato si ristabilì.

M. Mesnier parla di una scheggia d'osso di bue, lunga un pollice, che si trattenne nell'esofago per quattro mesi producendo leggerissimi sconcerti; ne produsse in seguito dei gravissimi, compromesse l'esistenza dell'ammalato, finchè non uscì fuori dalla bocca insieme colla marcia, nell'atto, che l'ammalata fù attaccata da uno starnuto e da un violento nodo di tosse, cosa che accadde dieci mesi dopo.

Fabricio Hildano racconta di un piccolo osso con angoli acuti, che, arrestato nell'esofago, produsse febbre, delirio, convulsioni, difficoltà d'inghiottire e di respirare, che dette origine a un'ascesso, il quale aprendosi al settimo giorno, l'osso uscì colla marcia per la bocca.

Bartolini descrive il caso di un uomo, che inghiottì un dente di porco, il quale arrestato nell'esofago produsse degli sconcerti gravissimi, il marasmo, e due anni fu-

rono necessarj per il ristabilimento di questo soggetto.

Hevin riporta il caso d'una donna, che inghiottì una lisca di stoccafisso, e sentì un leggiero pizzicore nei due primi giorni allorchè deglutiva gli alimenti solidi; nel terzo giorno il dolore si fece vivo, la febbre si sviluppò, sopravvenne difficoltà d'inghiottire anche gli alimenti fluidi, bisognò ricorrere a molte cavate di sangue, le quali non impedirono che si formasse un ascesso, la di cui suppurazione uscì per la bocca insieme colla lisca nel settimo giorno.

Platrero parla di un giovine, nel di cui esofago si arrestarono alcune lische di Carpa, le quali vi produssero vivi dolori, e un tumore infiammatorio, che soffogò il ragazzo.

Fabricio Hildano riporta l'osservazione di un giovine, che, dopo avere inghiottito una grossa spilla, stette per tre giorni senza riceverne alcun danno, solo nel terzo nacquero dolori insopportabili alla regione del piloro, una febbre ardente accompagnata da convulsioni e da frenesìa; questi accidenti non si calmarono, che all'espulsione del corpo straniero, successa 14. giorni dopo per la parte dell'ano.

Bayle cita l'osservazione di una ragazza di diciotto anni, la quale avendo inghiottito

dei spilli, sentì per alcuni giorni dei grandi dolori in diverse parti del ventre; una parte poi di questi spilli uscirono colle feccie fuori degl'intestini, e gli altri forarono in differenti punti le pareti dell'addome; i dolori furono seguìti da dissenterìa, da sincopi, e convulsioni frequenti, sopraggiunse lo smagrimento, e l'ammalata morì.

Schenkio riporta il caso di un uomo, in cui un'ago di ferro inghiottito, traforò le membrane dello stomaco, penetrò nel fegato e fece perire l'ammalato tabido.

Foresto riporta l'istoria di una giovane ragazza, che avendo inghiottito un'ago, le si arrestò nell'esofago, ed invano fù tentato di toglierlo; l'ammalata cadde in consunzione, e morì dopo qualche tempo; lo stesso autore parla di una sonda di ferro, lasciata cadere da un Chirurgo nella gola di una donna; un tale instrumento passato nello stomaco produsse emaciazione estrema, e la morte in capo a due anni.

Kerchring riporta il caso di un ragazzo di cinque anni, il quale morì per avere inghiottito una piccola moneta che gli tappò intieramente il piloro; e l'istessa disgrazia accadde ad un altro ragazzo, a cui la moneta s'introdusse nel piloro, e produsse vomiti ostinatissimi, e finalmente la morte; nè si può esser tranquilli sulla sorte dell'am-

malato, allorchè i corpi stranieri usciti dallo stomaco hanno traversato il canale intestinale. Grandi, e gravi ostacoli incontrano alle volte all' estremità dell' intestino retto.

M. Quesnay spinse nello stomaco un' osso arrestato nella parte inferiore dell' esofago. Quest' osso percorse felicemente tutto il tubo intestinale, ma dopo qualche tempo, giunto all' intestino retto, si infisse nelle di lui pareti, produsse molti dolori, e convenne che il chirurgo lo estraesse con una bene intesa manuvra.

M. Faget fu chiamato per soccorrere un ammalato, che aveva tutti i sintomi d' infiammazione di basso ventre, accompagnati da ritenzione di orina. Molte cavate di sangue erano state già fatte, quando con un dito introdotto nell' intestino retto si trovò che la causa di tutti gli accennati sconcerti era un' osso infitto nelle pareti dell' intestino. Quest' osso era stato inghiottito otto giorni avanti.

M. Tostain estrasse dall' intestino retto, per mezzo dell' incisione, un' osso ch' era stato fatto scendere dall' esofago nello stomaco artificialmente. Quest' osso avea prodotti in principio dei dolori sordi allo stomaco, poi delle violente coliche intestinali, e finalmente dolori all' intestino retto.

Saviard ha veduto accadere la medesima cosa, ed ha fatti cessare gli sconcerti con un' incisione, eseguita per l' estrazione del corpo straniero.

Meeck'ren racconta l'istoria di un malato, a cui la mascella di un Turbot (Rombo) che aveva inghiottito, si arrestò nell' intestino retto, e vi produsse gravi sconcerti; l'estrazione di questo corpo fu difficile, e dolorosissima.

Nella massima parte dei casi si è molto meno fortunati dei citati autori; infinite sono le osservazioni le quali provano, che molto più gravi sono le conseguenze dei corpi stranieri fermati nell'intestino retto.

Le Dran riporta il caso di un'uomo attaccato da una fistola all'ano, che lo avea ridotto emaciatissimo, la quale era stata prodotta, ed era mantenuta dalla presenza di una scheggia d'osso, che il malato aveva inghiottita.

M. De La Peronie ha veduto un vasto ascesso gangrenoso all'ano prodotto da un osso che l'ammalato aveva ingojato. Quest' osso causò violenti dolori di stomaco per dieci giorni; dopo quest' epoca risvegliò gl'istessi sconcerti negl'intestini, e finalmente l'ascesso gangrenoso di cui si è parlato.

Petit riporta diversi esempj simili, Stal-

part Vander-Wiel, Teburier, Dubois, citano casi di questo genere; gli atti delle diverse Accademie medico-chirurgiche sono pieni di osservazioni di questa natura.

Molti altri esempj funesti si potrebbero riportare di gravi mali prodotti dall' arresto dei corpi stranieri nell' esofago, dalla loro caduta nello stomaco e nel canale intestinale, se fosse necessario. A questi però si possono opporre altrettante osservazioni, e forse anche assai più numerose, per provare che non sempre nâscono gravi disgrazie o la morte da tali arresti; onde rimane sòlamente provato a senso mio, da tanti fatti in contradizione, che non leggero è il pericolo, che accompagna l' indicato accidente.

Essendo dunque dimostrato evidentemente dal ragionamento e dal fatto, che mentre gravi sconcerti e la morte possono tener dietro all' arresto di certi corpi stranieri nell' esofago, ed alla loro caduta nello stomaco (anche quando essi non formano tumore sulle parti laterali del collo, e quando anche non offendono gravemente la deglutizione, e la respirazione), ed essendo ugualmente certo, che poco abbiam da temere dalle ferite longitudinali dell' esofago, non sarà più questionabile se si debba o nò incidere questo canale, tutte le volte, che il caso lo

esigerà, posto che possa trovarsi un metodo da incidere con facilità longitudinalmente l'esofago, senza correre mai il rischio di offendere le parti vicine.

Sono già molti anni ch'io pubblicai (in un modo però sommamente breve e conciso), nella mia prima Operetta chirurgica (1), stampata nel 1793., un metodo di eseguire l'Esofagotomìa, metodo che ho sempre in seguito mostrato nelle mie pubbliche lezioni, e di cui a mìa notizia niuno ha parlato avanti di me. Consiste questo nell'introdurre una grossa siringa d'argento da uretra per la bocca, fino nell'esofago con la convessità volta contro la parete posteriore della faringe, la concavità contro la base della lingua; nell'inclinare poi l'estremità di quest'istrumento, che rimane fuori della bocca, verso la parte destra della faccia, ed indietro, perchè l'estremità opposta si porti a sinistra ed un poco in avanti, e strascini l'esofago fuori della sua natural posizione, troppo profonda e troppo avvolta in parti pericolose a ferirsi. Questo modo di fare ha certamente dei gran vantaggi, ma è ancora molto lontano da offrire quelli, che offre il metodo ch'io sono per proporre. Quel mio progetto non fece al-

(1) Riflessioni sul Trattato di Chirurgìa di Ben. Bell Tom. I. pag. 64.

lora fortuna, e difficilmente potea farla, perchè le proposizioni di novità, che vengono da un giovine di venti anni, sono ben di rado accolte favorevolmente dai pratici provetti, e perchè forse, per mostrare la preeminenza di un tal metodo, molte pagine e non pochi versi sarebbero stati necessarj. Il solo (per quanto mi sappia), Sig. Prof. Rossi, distintissimo Chirurgo torinese, sentì i vantaggi di questo modo di fare, e nel suo trattato di medicina operatoria, che pubblicò tredici anni dopo le mie riflessioni sopra Bell, lo consigliò come ottimo.

Rilevo in oltre dal Dizionario delle Scienze Mediche, dalla Nosografia del Sig. Richerand (che ho già citato in questa operetta), che fu proposto di servirsi d'una sonda a dardo piuttosto che della comune algalìa da me proposta; ma ignoro l'autore di questa proposizione, nè conosco l'opera in cui un tal metodo è registrato. Lo sfavorevole giudizio che hanno dato di questo modo di fare il Sig. Richerand, e il Sig. Jourdan redattore dell'articolo Esofagotomìa del citato Dizionario, sembrami ben fondato, giacchè il dardo non può spingere l'esofago fuori della sua posizione, portarlo superficiale, e scostarlo dalla carotide ec. ec., resultato che si ottiene con la sola siringa. Se poi l'Autore

propone di spingere il dardo per forare l'esofago, mentre questo canale rimane al suo posto, solo perchè l'asta del dardo guidi il coltello sulle pareti del condotto, gravissimi sono l'inconvenienti; primo perchè il dardo nel portarsi dal di dentro al di fuori scorre tra le parti che dobbiamo evitare, e che più facilmente si eviteranno incidendo dal di fuori al di dentro, perchè si hanno sempre sottocchio le parti che si incidono; secondo perchè la guida formata dallo specillo del dardo non rende meno angusto il luogo ove si dee portare l'incisione.

Il nuovo metodo, ch' io sottopongo al giudizio dei miei confratelli, deve eseguirsi nel modo seguente. Per quest' operazione si preparino un bisturì ordinario retto, le solite pinzette per l' allacciatura dei vasi, una tenta scannellata (che probabilmente non servirà mai), le spugne per nettare la ferita dal sangue, dei fili per allacciare le arterie, degli oncini ottusi, e delle pinzette per l'estrazione del corpo caduto nell' esofago. A questi istrumenti si aggiunga quello delineato nella tavola posta alla fine della Memoria.

Questo instrumento, a cui, per la facoltà ch'egli ha di spostare l'esofago, un mio dotto Amico Grecista ha dato il nome di Ectopesofago, dal verbo ἐκτοπέω (ectopeo) levar di

posto, è formato di due pezzi, una cannula, e uno specillo. La cannula d'argento, o di qualunque altro metallo è lunga tredici, o quattordici pollici, è poco più grossa delle grosse algalìe da uretra. Una delle di lei estremità è aperta, l'altra presenta un *cul di sacco*. L'estremità aperta ha sui lati due anelli capaci ognun di loro di ricevere comodamente uno dei diti del Chirurgo. La cannula è leggermente curva, onde presenta una superficie convessa, una concava. Quel lato che diventa sinistro, allorchè la di lei concavità è volta verso il Chirurgo, la di lei estremità anellata è diretta in alto, presenta una larga fenditura, la quale principia ad una sola linea di distanza dal *cul di sacco*, e si estende circa alla metà della cannula, seguendone la direzione. La larghezza della descritta fenditura è proporzionata alla grossezza di quella parte dello specillo, che deve passare per essa.

L'altra parte dell'instrumento (che per comodo chiamerò specillo a molla) è formata da un cilindretto di acciajo; da una delle sue estremità è guarnito di un anello, simile a quelli che abbiamo descritti nella cannula, dall'altra estremità presenta un'oliva. Dall'estremità guarnita di anello fino alla parte media, lo specillo non ha nulla di rimarcabile; da questo punto fino all'estre-

mità opposta lo specillo si divide in due parti uguali, e l'istessa punta olivare è composta di due mezze olive. Queste due parti tentano con forza di scostarsi fra loro, e non stanno accoste, e non formano un tutto unito, se non se quando vi sono obbligate da una forza superiore a quella che le fa scostare. Questo specillo non ha la curva precisa dalla cannula, esso presenta maggiore concavità, e maggiore convessità. La differenza non è però tale da non permettere allo specillo, ch'è elastico, di penetrare nella cannula e di percorrerla dall'estremità aperta fino a quella che offre *il cul di sacco*.

Si monta l'instrumento introducendo nella cannula, per la di lei estremità aperta, la punta olivare dello specillo, le di cui parti si tengono accoste con le dita; si spinge lo specillo finchè la punta olivare sia arrivata nel fondo del *cul di sacco*, impedendo con un dito che la porzione sinistra dello specillo non esca dalla fenditura della cannula, pria che la punta olivare sia arrivata nel *cul di sacco*. Disposte così le cose, poco ci vuole a capire, che se il Chirurgo introduce l'indice, e il dito medio negli anelli della cannula, il pollice nell'anello dello specillo, fissa con i primi la cannula, e tira a se lo specillo; la punta di questo abbandona il *cul di sacco* della cannula, e

l'oliva, non essendo più sostenuta a sinistra perchè trova la fenditura, si divide, ed una metà abbandona l'altra metà, e salta fuori dalla cannula. Questa metà dello specillo non solo si porta più a sinistra, e lascia un intervallo di circa un pollice fra esso, e la cannula, ma si porta quasi un pollice più in avanti, perchè, come abbiamo detto, la curva che deve avere lo specillo è assai più forte di quella della cannula, e questa curva egli la riprende subito che si trova in libertà, e non più obbligato dalle pareti della cannula.

Tenendo fissa la cannula nel modo descritto, e seguitando il Chirurgo a tirare a se con l'altra mano l'estremità anulata dello specillo, l'estremità olivare di esso rientra nella cannula, e si ringuaina.

Due di questi instrumenti sono necessarj perchè il Chirurgo sia in caso di praticare l'Esofagotomìa a destra come a sinistra; uno di questi deve avere la fenditura laterale della cannula a destra piuttosto che a sinistra; si potrebbe però con molta facilità farne costruire uno con cui si tagliasse a sinistra, e a destra. Eccolo, la cannula differisca dalla già descritta solamente per le fenditure, ne abbia due invece di una, una a destra, l'altra a sinistra. Degli specilli se ne abbiano due, uno abbia la mezza oliva dalla parte sinistra grossa in modo che non

possa penetrare nella fenditura sinistra, l'altro con la mezza oliva destra incapace di passare a traverso alla fenditura destra. Per i casi ordinarj, cioè per il taglio a sinistra, si adopri l' ultimo, per gli straordinarj, si usi il primo.

Situato l' ammalato nel solito modo già descritto da Guattani, cioè a sedere sopra una seggiola, con un ajuto, che appoggiandoli le mani sopra la fronte, gli sostenga il capo, glielo inclini leggermente indietro, e a destra; con un'altro che regga ferme le mani dell'operando; con un terzo finalmente che assista il Chirurgo operatore asciugando la ferita dal sangue, tenendola dilatata con l'oncino, o col dito, stringendo le allacciature delle arterie, se le circostanze esigeranno che se ne debba allacciare qualch' una.

Disposte così le cose faccia il Chirurgo una piega trasversale al tegumento che vuol recidere, affine d'inciderlo più francamente e di un solo tratto. Procuri che questa ferita (che deve essere fatta sulla parte sinistra del collo, a meno che delle circostanze particolari non volessero il contrario, perchè, come è noto, l' esofago è un poco più a sinistra che a destra) abbia il suo angolo superiore al livello del bordo superiore della cartilagine tiroide, l'in-

feriore due pollici più basso, seguendo sempre il bordo interno della Laringe, e della Trachea. Compita l'incisione del tegumento, e del platismamoide che con esso viene contemporaneamente reciso, si introduca l'Ettopesofago per la bocca tanto avanti nel canale dell'esofago, quanto è necessario perchè la sua estremità chiusa giunga presso a poco all'altezza dell'angolo inferiore della già fatta incisione. Questa introduzione riuscirà facile; ma per renderla ancora più facile, e per evitare il rischio di far penetrare nella Laringe l'instrumento, si segua con l'estremità di esso la parte posteriore della Faringe, e con la mano quale non serve a sostenere l'Ettopesofago, il Chirurgo tiri a se, e scosti un poco dalla colonna vertebrale la detta Laringe. Introdotto l'instrumento al descritto punto, lo tenga in modo che l'estremità inferiore sia un poco più volta a sinistra che a destra, e allora l'operatore tirando verso di se lo specillo per scostarlo dal cul di sacco tanto quanto basta e non più, perchè la molla scatti, vedrà formarsi il tumore sulla parte laterale sinistra del collo, e precisamente sotto la già fatta incisione. A quest'epoca confidi ad un ajuto la cura di mantenere l'Ettopesofago nella medesima posizione. Sopra questo tumore incida il tessuto cellulare

che si presenta, e arrivi a scoprire l'esofago, facendo scostare dal punto centrale dell'incisione da un lato lo sterno cleido mastoideo, dall'altro lo sternojoideo, lo sterno-tiroideo, per mezzo del dito, o dell'oncino ottuso; così facendo, si scoprirà prestissimo l'omo-joideo, che attraversa obliquamente la ferita presso a poco nel di lei centro. L'integrità di questo muscoletto imbarazza un poco nell'operazione, e può recidersi facilmente, sollevandolo pria con le dita, o con la tentascannellata ed anche senza queste precauzioni. Allora si presenta per l'estensione di più di un pollice la parete anteriore dell'esofago distesa dall'instrumento, e allontanata dalla parete posteriore. L'esofago così viene tolto dalla sua naturale posizione, di dietro cioè alla laringe, e alla trachea; in quel punto, in cui corrisponde all'incisione esterna, la di lui parete anteriore specialmente, si allontana dalla colonna vertebrale, per conseguenza dai grossi vasi, dagli interessanti tronchi nervosi, i quali rimangono nella loro profonda situazione, mentre la detta parete anteriore dell'esofago è strascinata dallo specillo a molla alla superficie del collo. È in queste circostanze facilissimo d'incidere sopra l'esofago, ora che si presenta all'occhio, ed al coltello del Chirurgo, libera-

to affatto dalla vicinanza di quelle parti, la di cui lesione è con tanta ragione temuta.

L'incisione dell'esofago deve cadere precisamente su quella parte di questo canale, che è compresa fra la branca divergente dello specillo, e la cannula dell'istrumento, seguendo la direzione delle fibre longitudinali. L'incisione si principj in basso, nel luogo ove le due parti dell'instrumento presentano il maggiore slargamento, e non si oblii di cominciarla due linee circa più alta del punto, ove è giunta l'estremità olivata dello specillo. Con questa precauzione si rende impossibile il passaggio dello specillo per l'incisione, e si ha tutto l'agio d'ingrandire la ferita, se si crede opportuno, e d'introdurvi, dito, oncino ec. Il Chirurgo deve portare il suo bisturì per incidere l'esofago, non già seguendo ed accostandosi al bordo interno della trachea, come è stato generalmente insegnato, ma deve invece tenersi in mezzo fra lo specillo, e la cannula, come abbiamo di sopra indicato, per evitare la ferita del nervo recurrente, il quale s'insinua nella Laringe dal lato interno. Il precetto contrario, che da tutti è stato dato fin quì, aveva per oggetto di allontanare il pericolo della lesione della jugulare,

della carotide, dell'ottavo pajo e del gran simpatico, ma questo pericolo non esiste nel nostro caso, essendo l'esofago stato portato lontanissimo da queste parti, come abbiam già veduto. Fatta all'esofago una incisione longitudinale dell' estensione d' un pollice, poco più, poco meno, secondo il volume del corpo che ci proponghiamo di estrarre, s' introduca il piccolo oncino ottuso nella ferita dell' esofago, per mantenerla aperta, e perchè non s' allontani dal punto ove l' istrumento l' aveva condotto, poi si ringuaini la molla, si estragga l'istrumento dalla bocca, e col dito, o colla pinzetta introdotta nell'incisione, si estragga il corpo straniero, e si compisca così l' operazione. Eseguendo questa operazione con le descritte regole, è quasi impossibile d'incidere le arterie tiroidee superiore, o inferiore, a meno che tali arterie per una non comune disposizione non si trovino fuori del loro sito ordinario. È inutile di avvertire che, accadendo questa piccola disgrazia, ci si deve riparare con l' allacciatura.

L'ingrossamento considerabile della glandula tiroidea dalla parte sinistra, un voluminoso tumore cistico, o qualunque altro tumore freddo su questa parte del collo, e sul punto su cui deve cadere l' incisione, una tumefazione inflammatoria sulle stesse

parti renderebbero l'operazione difficilissima, e forse impossibile dalla parte sinistra. In simili casi si può operare a destra. L'Ettopesofago per la parte destra si sostituirà all' Ettopesofago ordinario, o si monterà l'instrumento in modo, (se si possiede costruito d'agire sulle due parti) da operare a destra. Nel rimanente l'operazione si eseguirà nel modo medesimo.

Noi vediamo primieramente al primo colpo d'occhio, che con questo instrumento si supplisce in tutti i casi, alla mancanza di quel corpo straniero il quale, facendo tumore sulle parti laterali del collo, rende, a senso di tutti, praticabile l'Esofagotomìa senza grave pericolo. Noi vediamo che così non siamo più costretti ad operare costantemente sulla sinistra, e che si può anche operare a destra se le circostanze lo esigano. Questi soli vantaggi basterebbero per fare adottare un tal metodo, per cambiare intieramente le massime chirurgiche su questo importante punto di pratica. Ma un esame un poco più attento ci mostrerà, in questa maniera di fare, molte altre ragioni di preferenza di non minore importanza. Infatti ognun vede, che nel primo caso, quando cioè il tumore è formato dal corpo straniero, non è possibile di fissare con precisione il luogo dell'incisione, essendo

il corpo fissato ora più alto, ora più basso. E siccome lo spazio in cui l'Esofagotomìa può farsi, senza la necessità di ferire vasi importanti è limitato in alto dalla tiroidea superiore, in basso dall' inferiore, ne viene per conseguenza, che l' incisione d'una di queste arterie diverrà inevitabile in qualche caso; e benchè l'allacciatura di esse possa porre un riparo a quest' inconveniente, egli è certamente molto meglio di non aver bisogno d'un tal compenso, il quale sempre qualcosa aggiunge al pericolo di un' operazione. Coll' istrumento descritto, l' incisione cadrà sempre dove il chirurgo vorrà farla cadere.

Il corpo straniero, che si arresta nell'esofago, assai voluminoso per formare tumore sulle parti laterali del collo, può essersi fissato in un punto dell' esofago, corrispondente alla parte inferiore del collo, e superiore del petto, ed in questo caso il precetto dato, ed accettato da tutti i Chirurghi, di tagliare sul tumore sarebbe pericolosissimo, giacchè oltre alla necessità d'incidere l' estremità del muscolo Sternocleidomastoideo, inconveniente non grave, sarebbe quasi impossibile di non offendere la carotide, che in questo caso deve esser portata in avanti coll' esofago dal corpo straniero, andando quest' arte-

ria dal basso in alto, e dal di dentro al di fuori, e passando quindi obliquamente sopra l'esofago. L'istesso può dirsi relativamente al nervo recurrente, benchè la recisione di questo nervo non debba, a senso mio, esser riguardata come cosa di grandissima importanza.

A tutti i descritti gravissimi inconvenienti non si va incontro servendosi del metodo poch'anzi descritto; e se il corpo estraneo fa tumore in parte dove non si possa incidere senza difficoltà e senza pericolo, noi incideremo sull'Ettopesofago, e introdurremo poi la pinzetta per l'estrazione del corpo straniero fissato a poca distanza dal punto inciso.

L'operazione poco sopra descritta non solo rende possibile e facile l'estrazione dei corpi stranieri caduti nell'esofago, allorchè non fanno tumore al di fuori; non solo la rende più sicura e meno pericolosa, quando essi si sono fissati e fanno tumore in quella porzione d'esofago che risponde alla parte inferiore del collo, ma mette fino ad un certo segno sotto il dominio dell'arte anche i corpi arrestati in quella parte del suddetto canale, che sta rinchiusa nel petto. Con un'incisione all'esofago, che di tanto ci avvicina alla sede del corpo arrestato, egli è infinitamente meno difficile di giungere a

quello con una pinzetta e di estrarlo; e non sembrami vero, come pensa Ricther, che in questo caso l'estrazione sia per esser difficile come colla pinzetta introdotta per la bocca, non solo perchè ci avviciniamo assaissimo al corpo straniero, ma perchè in queste circostanze noi possiamo servirci di un istrumento retto, assai men lungo, di più facile maneggio, e che non produce la minima irritazione al velo pendulo palatino, alla base della lingua, irritazione molestissima all' ammalato quando deve durar molto tempo.

L' istrumento descritto non è assolutamente indispensabile per eseguire l'Esofagotomìa; anche un'algalìa, come l'avevo già scritto nelle mie Riflessioni, come l'ho dimostrato nelle mie pubbliche lezioni, può molto facilitare l'operazione; ma egli è certissimo che il descritto istrumento rende l' incisione dell' esofago assai più sicura e più facile, perchè tende le pareti di questo canale assai meglio della semplice algalìa, e assai più le allontana dalle parti che non si vogliono incidere; perchè l' Ettopesofago non solo solleva l' esofago, ma scosta la parete anteriore dalla posteriore, il lato destro dal sinistro; questi effetti non gli produce già nel punto solo ove agisce l' estremità dell' instrumento, ma per lo spa-

zio almeno di un pollice e mezzo, che è quanto dire per uno spazio anche superiore all'estensione dell'incisione; perchè, quest' istrumento una volta introdotto nell' esofago, l'operatore non ha più bisogno di fare alcun forzato movimento per sollevare il detto condotto, movimento che riesce incomodo per il malato, e che distrae l' attenzione dell'operatore. A questo vantaggio se ne aggiunga un'altro importantissimo, che è quello di non rischiar mai, che l'estremità dell' istrumento esca per la ferita già fatta, mentre si procura d' ingrandirla, accidente non gravissimo, ma che rende difficile il proseguimento dell'incisione, perchè l'esofago, non più sostenuto fuori del suo sito, riprende l'ordinaria sua posizione, dietro la laringe e la trachea. Questa disgrazia è quasi inevitabile, operando colla semplice algalìa, essendo il chirurgo costretto ad incidere l' esofago sull' estremità di essa ch' è quella che lo solleva.

Compita così l'operazione, la medicatura deve esser fondata sopra i sani principj dell'odierna Chirurgìa. Si tenti la riunione di prima intenzione della ferita; per procurare di ottenerla, si mettino a contatto i di lei bordi. Non sarà difficile di accostar quelli dell' incisione dell'esofago, perchè, non essendo state incise le fibre

longitudinali di esso, non vi può essere scostamento importante fra di loro. Una posizione che tenda un poco l'esofago, cioè, la leggera estensione del collo indietro, produrrà buonissimi effetti. I cerotti agglutinativi saranno bastantissimi per riunire la ferita esterna, i di cui labbri non ponno essere scostati dall'azione di muscoli potenti. Le fibre del platismamoide, che vengon recise, oltre all'essere nella massima parte degl'individui estremamente deboli, sono benissimo dominate dai cerotti per la loro strettissima aderenza ai tegumenti.

A questi mezzi conviene aggiungere (volendo tentare la riunione di prima intenzione) o l'assoluta astinenza da ogni sorta di bevanda e di cibo, per lo spazio almeno di 40.; o 48. ore, o l'introduzione, per la via della bocca o delle fosse nasali, di un cannello di gomma elastica, che scenda fino al disotto della ferita con una delle sue estremità, e coll'altra rimanga fuori della bocca o del naso. Per questo mezzo si faranno passare allo stomaco dei cibi fluidi, i quali in tali casi non potranno mai uscir per la ferita esistente.

Fra i due descritti compensi, in appoggio dei quali si possono citare molte valevoli autorità, io penso che debba darsi

la preferenza al primo, primieramente perchè il secondo produce spesso non lieve incomodo all'ammalato, lasciando nelle fauci un corpo straniero, incomodo che assai più grave riesce, che che ne dica Pelletan, se si lascia in bocca, per la sgradevolissima sensazione che soffre la base della lingua; 2.° perchè la presenza della sonda in una parte ferita, già irritata, deve non solo cagionare molto incomodo, ma si rischia, aggiungendo irritazione a quella già stata prodotta dal corpo straniero, che è stato estratto, si rischia, dico, di far crescere l'infiammazione al di là di quei limiti, che deve avere un'infiammazione adesiva. Si potrebbe forse anche sospettare, che una siringa di gomma elastica, scostando un poco le pareti dell'esofago, facilitasse lo scostamento dei labbri della divisione.

Il digiuno di 40., o 48. ore non ha alcuno degli enunciati inconvenienti, ed è anzi indicatissimo per contenere nei giusti limiti l'infiammazione. La sete, che più della fame, potrebbe tormentar l'ammalato, si smorzerà in parte, facendogli masticare un corpo duro, come un nocciolo di frutto, o altro simile, capace di promovere la separazione di molta saliva, o raccomandandogli di tenere in bocca, senza inghiottire, dell'acqua pura, o un fluido qualunque ac-

quoso ed innocente; e se delle circostanze particolari non permettessero di lasciare l'ammalato per sì lungo tempo privo di nutrimento, si potrebbero adoprare i lavativi nutrienti per l'intestino retto ec. ec.; e se neppure questo compenso fosse adattato per delle particolari combinazioni, le gelatine, i brodi, i torli d'uovo sciolti nei brodi o nell'acqua, il latte dato a piccolissime dosi, potrebbero essere amministrati di tempo in tempo. Non è dimostrato, che queste sostanze possino assolutamente impedire la riunione per prima intenzione, perchè in piccola dose forse non slargano assai le pareti dell'esofago, per riaprir la ferita e uscire da essa; perchè nell'amministrazione degl'indicati alimenti si possono mettere degli assai lunghi intervalli, i quali, benchè non si estendino neanche alle 15., o 20. ore, potranno forse permettere alla ferita di contrarre una debole adesione; perchè finalmente, se non si otterrà la riunione di prima intenzione, si otterrà di seconda, dopo stabilita la suppurazione. E nell'istesso modo che una ferita dell' uretra, la quale non sia accompagnata da ristringimento di questo canale, guarisce benissimo, benchè l'orina vi passi tutte le volte, che il malato espelle questo fluido, nell'istesso modo guarirà la ferita dell'esofago, malgrado che di tanto in

tanto vi passi qualche goccia di brodo o di latte, o di qualche particella di gelatina. Nè intendo in verità, come un rispettabil chirurgo, il Sig. Richerand, abbia potuto scrivere « Les boissons dont il ferait « usage fortiraient par la plaie et rendrait « la riunion impossible.

L'estrema facilità, con cui si può eseguire l'Èsofagotomìa, col metodo sopra proposto, col quale, come abbiamo veduto, non solo si evitano con sicurezza la carotide, la giugulare, l'ottavo pajo, il gran simpatico, e perfino il nervo recurrente; col quale nessuna difficoltà si presenta d'incider l'esofago, perchè le sue pareti son tese, ed allontanate l'une dall'altre, in modo da non rischiare d'offendere le posteriori, in modo da non rimanere mai dubbiosi per determinare, se si è, o nò penetrati nella cavità dell'esofago, deve, a senso mio, portare, come ho già detto, una completa rivoluzione su molti precetti dati intorno all'Esofagotomìa dai più distinti autori, e nelle scuole Europee generalmente ricevuti.

Così io credo, che quando un chirurgo è informato dell'arresto di un corpo straniero nell'esofago di natura tale, da non poter essere spinto nello stomaco senza un qualche rischio importante, dopo aver fatti dei tentativi nè troppo violenti nè troppo

prolungati per estrarlo, egli debba ricorrere senza esitare all' Esofagotomìa.

Sembrerà forse strano ch'io consigli leggieri tentativi, e d insistere poco su questi per estrarre il corpo straniero, quando non mancano esempj di estrazioni di tali corpi, dopo lunghe, variate, e replicate prove; quando molti instrumenti e di tante forme sono stati immaginati, proposti, ed usati per ottenere questo effetto dai Chirurghi di tutte le nazioni, e di tutte l'età; ma la meraviglia cesserà tosto che si vorrà ascoltare la ragione, e l'esperienza. Questa ha replicatamente mostrato che i tentativi per l'estrazione di tali corpi non hanno alle volte portato altro effetto, se non se quello di farli cadere nello stomaco (cosa sempre pericolosa come si è detto nel nostro caso); in altre occasioni il corpo non è caduto nel ventricolo, e si è invece confitto sempre più nelle pareti dell'esofago; ed in altre finalmente dopo replicati, dolorosi, e fastidiosissimi tentativi i pratici più instruiti, e più destri hanno dovuto rinunziare all'idea di estrarli.

Il ragionamento è perfettamente d'accordo con l'esperienza. Infatti, se noi vogliamo esaminare la cosa con scrupolosa attenzione, vedremo che i corpi acuminati infitti nell'esofago possono avere la loro estre-

mità libera, quella cioè che non è fitta nelle pareti del canale, rivolta in alto, l'altra rivolta in basso, o viceversa; che possono avere una posizione trasversale con tutte e due l' estremità fitte nell' esofago, o con una sola. Nella prima situazione che è forse la più comune, l'instrumento (qualunque siasi quello che si adotta), può facilmente incontrare l'estremità libera del corpo straniero, spingerlo d'avanti a se dall'alto in basso e conficcarlo così sempre più profondamente. Allora non solo si rischia di offendere le pareti del canale che per la loro sottigliezza presto sono traforate, ma le parti contigue, parti interessantissime, parti dalla di cui lesione tanto vi è da temere, perchè nel collo si tratta delle carotidi, delle jugulari, dell'asperarteria, dei nervi importantissimi gran simpatico, ottavo pajo; nel petto dell'aorta, della cava, dell'aspera arteria, dei plessi nervosi formati dell'ottavo, e del gran simpatico, e della possibilità di far nascere un'ascesso nel mediastino posteriore, ascesso, come ognun sa, da gravissimo pericolo accompagnato.

Nella posizione opposta all'immaginata, è facilissimo che il corpo straniero sia spinto nello stomaco, nel momento che l'instrumento passa per l'esofago per andare al di sotto del luogo, ove il detto corpo si

trova arrestato ; ed è pure questo ciò che si vorrebbe evitare.

Nella supposizione poi della posizione trasversale del corpo estraneo può l'instrumento spingerlo verso lo stomaco nell' atto che egli scende in basso, piuttosto che ritirarlo quando ritorna in alto; e può di più, e nell' una, e nell'altra supposizione il corpo straniero offendere gravemente l'esofago e nell' atto di essere spinto nello stomaco, e nel momento ch'egli è tirato in alto, per farlo uscire dalla bocca.

Il Chirurgo, prima di cominciare i suoi tentativi, ignora affatto il modo con cui si sono confitti questi corpi, la loro precisa posizione, e al più conosce la loro forma; con tanta probabilità di nuocere, con tanta poca di giovare, come mai potrà egli avere il coraggio d'insistere sui tentativi!

Questo s'intenda per i corpi sottili, ed acuminati; ma se sono più voluminosi, e pericolosi per le loro scabrosità, o per le loro chimiche qualità, il rischio è ancora maggiore, giacchè gl'instrumenti, (siano questi, stecche di balena, o sonde di gomma elastica guarnite di spugna, o di cappietti, oncini di qualunque forma, o pinzette, sia spugna secca legata al filo, e fatta cadere al disotto del corpo arrestato con la balena, o coi moti che servono alla de-

glutizione) incontreranno assai più facilmente il corpo nello scendere in basso attesa la ristrettezza del luogo e sempre più lo infiggeranno nelle pareti dell' esofago, o lo faranno cadere nello stomaco.

Immaginiamo che si tratti di un grosso pezzo di vetro disuguale o scabro, di una porzione di lama di coltello, o di un pajo di piccolissime forbici, come ho veduto io stesso accadere, o di un corpo velenoso. In questi casi, non esiterei un momento a praticare l' Esofagotomìa, benchè non ignori, che corpi di tale natura sono caduti spontaneamente, o sono stati spinti nello stomaco, ed han traversato poi tutto il tubo intestinale senza uccidere, o senza portar gravi danni. Egli è però certissimo, che la morte, e i gravi danni sono venuti in molt'altre occasioni, e che sarebbe la più grande imprudenza di fidarsi in queste circostanze alle risorse della natura, risorse negli attuali casi incertissime, piuttosto che ricorrere a un'operazione di facile esecuzione col modo da me descritto, e che la teorìa e l'esperienza si accordano a provare non esser pericolosa.

Sommamente vizioso è il precetto di ritardare l' operazione nell' enunciate circostanze, finchè non siano offese, o rese impossibili la deglutizione e la respirazione,

nella speranza, che il corpo cada spontaneamente nello stomaco, o che sia spinto fuori per la bocca. Questa caduta può non succedere, e se succede, le circostanze dell'ammalato non sono migliorate, perchè gli rimangono ancora mille rischi da superare. Vi è pochissimo da contare sulla di lui uscita per la bocca, giacchè gl'istrumenti conosciuti in chirurgìa per estrar questi corpi, possono con facilità, come abbiamo detto, produrre l'effetto contrario, e sempre più infiggerli nelle pareti del canale e nelle parti vicine, offendere i nervi, e i vasi che lo circondano.

Il vomito, che si procura, e coll'iniezione del tartaro emetico nelle vene, e col solleticar la base della lingua, e il velo pendulo palatino con una penna, o gl'intestini col fumo di tabacco, è anch'esso un mezzo pieno di rischi, benchè sia stato trovato utile in qualche caso; le contrazioni di questo canale che succedono nel vomito, alle volte potranno costringere il corpo ad approfondarsi vie maggiormente nelle sue pareti; e se questo corpo, per la sua figura o il suo volume, è capace di opporre un forte ostacolo all'uscita delle materie contenute nello stomaco, può strapparsi l'esofago fra lo stomaco e il corpo arrestato, strappamento sempre letale, e che non è senza esempio nei vomiti violenti.

Parmi dunque per l'esposte ragioni, che il Chirurgo, nell'accennata supposizione, debba ricorrere all'Esofagotomìa, se nei primi leggeri tentativi per l'estrazione del corpo straniero, non gli riesce di estrarlo fuori per la bocca. Egli operando diversamente, farà l'operazione in circostanze assai più pericolose: egli renderà grave quest' operazione per colpa sua, giacchè l'infiammazione e l'ingorgo una volta stabiliti nell'esofago e nelle parti vicine, l'incisione di queste parti sarà più difficile, più dolorosa, e più pericolosa. L'introduzione della pinzetta o del dito per l'estrazione del corpo straniero, sarà molto più penosa per l'ammalato, sarà probabilmente assai più difficile al Chirurgo di ritrovarlo in mezzo a parti tumefatte e malate. Sarà impossibile in queste circostanze la riunione della ferita per prima intenzione, e avremo poi da combattere una malattìa molto più pericolosa, che per lo meno esigerà un tempo assai più lungo per guarirsi.

Condannabile, e meritevole d'oblìo, sembrami pure il consiglio dato da alcuni Chirurghi e generalmente da tutti lodato, di ricorrere cioè alla Tracheotomìa (come vi ricorse Habicot), allorchè il corpo straniero, arrestato nello stomaco, è capace di comprimere la Trachea e minacciare la soffo-

cazione. Un simile modo di fare era certamente perdonabile, allorchè non si sapeva incidere l'esofago con sicurezza, e si voleva porre un riparo al grave sintoma della soffocazione; ma oltre che la Tracheotomìa non può liberar l'ammalato dalla soffocazione, se non nel caso di arresto del corpo straniero in quella parte dell'esofago che corrisponde al collo, essa è un'operazione inconvenientissima anche in questo caso, perchè il detto corpo rimanendo nell'esofago, seguita a minacciare l'esistenza dell'ammalato, mentre l'Esofagotomìa procura il ristabilimento della respirazione, come la Tracheatomìa, e libera l'ammalato da quel corpo, dalla di cui presenza tanti danni possono resultare.

Nè posso approvare il consiglio di alcuni Chirurghi di far precedere la Tracheotomìa all'Esofagotomìa, affinchè l'ammalato non resti soffocato. La prima operazione non esige che pochi istanti di più della seconda per esser compita, e la respirazione si ristabilisce tosto che il corpo straniero, che l'offendeva, viene estratto. Il solo caso in cui il Chirurgo potrebbe essere autorizzato a seguire l'indicato consiglio, sarebbe quello, nel quale trovasse il malato con respiro offeso in modo, da far temere che pochi minuti bastassero per soffocarlo.

Egli è pure biasimevole il precetto di non tentare l'estrazione dei corpi stranieri coll'Esofagotomìa, se essi non offendono gravemente la respirazione, o se non impediscono intieramente la deglutizione, precetto dato dai Chirurghi più caldi partigiani dell'Esofagotomìa. Poche riflessioni basteranno per mostrare, che corpi arrestati nell'esofago possono portare gravi sconcerti e morte, senza offrir mai gravi ostacoli alla respirazione, ed offrendone dei leggeri alla nutrizione. Sono spessissimo l'irritazione, e l'infiammazione che ne derivano quelle, le quali producono triste conseguenze e la morte; ora è un vasto ascesso o una gangrena, ora è il trisma, il tetano o altri sconcerti nervosi di questa natura; e se i malati sopravvivano a tali gravi accidenti, non sono per questo fuori di ogni pericolo. Non mancano esempj di ristringimenti di esofago venuti in conseguenza di questa causa, che hanno portato in seguito la consunzione e la morte; e forse più frequenti s'incontrano i casi nei quali, come abbiamo già detto, questi corpi stranieri si sono trattenuti nell'esofago, producendo piccolissimi sconcerti, e si sono trasferiti poi in altri organi essenziali alla vita, apportando dei grandissimi danni.

Nè minor biasimo merita il consiglio di

altri sommi Chirurghi di non praticare l'Esofagotomìa, se non che quando l' infiammazione, la suppurazione e gli sconcerti convulsivi si sono già molto avanzati; affine, dicono essi, di non fare un' operazione, che non sarebbe stata forse necessaria, appoggiandosi a molte osservazioni, dalle quali, come abbiam veduto, si può concludere che i gravi sconcerti sempre non nascono. Ma le condizioni dell'ammalato deteriorano considerabilmente coll'aspettare, allorchè l' Esofago è infiammato, allorchè le parti vicine si sono tumefatte e divenute assai più sensibili. La sicurezza di non fare inutilmente un' operazione, forse noi non l'abbiamo mai in Chirurgìa, ma ci determiniamo ad eseguire le grandi operazioni allorchè ci sembra, che non vi sia probabilità di superare le malattìe con altri mezzi, e quando, secondo tutte le regole dell' arte, i pericoli, che resultano dalle nostre operazioni, sono meno gravi di quelli che accompagnano la malattìa la quale ci proponghiamo di combattere. Infatti si allacciano le arterie per curare gli aneurismi, benchè non manchino esempj di guarigioni spontanee di queste affezioni. Si fanno le operazioni per l' ernie strangolate, benchè più d' una volta sia accaduto di vedere rientrare i visceri strangolati, quando tutte le

persone dell'arte supponevano che questo non potesse accadere, e tutto era preparato per l'operazione; e in ostetricia non si è forse osservato delle donne malissimo costruite nella pelvi, da esigere, secondo le massime ostettriche, l'operazione cesarea o la sinfisotomìa, non si sono vedute, dico, partorire senza queste operazioni, e perfino senza gli altri soccorsi dell'arte? non si son vedute delle gravissime affezioni delle grandi articolazioni delle estremità, nelle quali sembrava indispensabile l'amputazione, guarirsi senza questa orribile operazione?

Egli è dunque certissimo che, seguendo i miei consigli il Chirurgo, si espone a praticare l'Esofagotomìa in qualche caso, in cui l'ammalato avrebbe potuto guarire senza di essa, ed anche senza incontrare gravi incomodi; ma siccome molti malati aspettando peggiorerebbero infinitamente le loro condizioni; siccome grave è la malattìa e poco pericolosa l'operazione, io penso che bisogni correre il primo rischio per evitare il secondo. Pure per scansare, per quanto è possibile all'umana imperfezione, di battere contro uno dei due descritti scogli, di far cioè inutilmente un'operazione, o di farla troppo tardi, allorchè le circostanze la rendano pericolosissima, conviene a senso mio, por mente alla natura del

corpo arrestato, ai segni, che indicano il punto del di lui arresto; se si tratta d'una grossa porzione di lama di coltello, di una grossa porzione di vetro, scabra o tagliente, di una porzione d'arsenico o di sublimato, o di altre sostanze pericolose per le loro qualità chimiche o meccaniche, senza titubare un'istante, anche mancando ogni sconcerto, praticherei l'Esofagotomìa. Ma se in vece si trattasse di un spillo, di un frammento di chiodo, di una piccola porzione di vetro, o di una scheggia d'osso piccola o non pungente, di uno di quei corpi finalmente che l'osservazione giornaliera mostra che di radissimo portano gravi sconcerti; se da questi corpi non fossero prodotte offese nè alterazioni alle funzioni importanti dell'esofago e della trachea, e specialmente se tutti i dati si riunissero a far credere, che tali corpi si sono fermati in quella parte dell'esofago, che è rinchiusa nel petto, allora sospenderei l'operazione, non già fino all'epoca dello sviluppo de' grandi sconcerti, ma fino allo sviluppo delle minaccie. L'aspettare fino a questo momento, mi sembra prudente, perchè egli è verissimo, che in questo caso non possiamo tanto contare sull'operazione, come quando il corpo straniero è fermato al collo, perchè dovendo agire so-

pra una parte dove nè l'occhio del Chirurgo arriva, e forse dove neanche il dito può giungere, non è sempre facile, benchè possibile, come abbiamo già detto, di prendere con la pinzetta il corpo senza vederlo, e senza toccarlo col dito in modo da poter determinare la sua forma, e la posizione. In queste circostanze, non solo si corre il rischio di fare un'operazione forse non necessaria, ma ancora l'altro più importante di eseguirla senza ottenere l'intento; e tutto questo, per prevenire dei sintomi che possono non comparire. È però che in tali circostanze l'operazione non conviene se non se quando si sono sviluppati dei sconcerti allarmanti, come l'impossibilità di deglutire, la difficoltà di respirare, le affezioni nervose, come le scosse, il trisma, il tetano ec. ec. Allora, benchè sia *possibile* di fare senza utilità l'operazione, è chiaro che conviene correre i rischi di una non grave operazione piuttosto che quelli che resultano dalla presenza del corpo straniero. Pure neanche in questo caso si ammette da molti sommi Chirurghi l'Esofagotomìa, tali è tanti sono i pericoli che si corrono nell'incidere l'esofago con i metodi finquì conosciuti, ma, nel modo proposto, essendo questi intieramente scansati, la cosa non potrà più esser messa in dubbio.

Dopo tutto quello che ho esposto mi sembrà di essere autorizzato a concludere 1.° che l'Esofagotomìa, col metodo da me descritto, è un'operazione facile, 2.° che con essa non si possono ferire nè la carotide, nè la jugulare, e neanche le tiroidee (le quali ultime d'altronde potrebbero essere senza rischio allacciate), nè il gran simpatico, nè l'ottavo pajo, nè il recurrente, 3.° che una ferita semplice longitudinale dell' esofago non è accompagnata da pericolo, 4.° che l'arresto nell' esofago di corpi stranieri capaci di nuocere per le loro qualità meccaniche, o chimiche è una cosa molto pericolosa, e se si trattengono nell'esofago, e se cadono nello stomaco, e se percorrono il canale intestinale. Che però il Chirurgo non deve titubare ad opporre ad una malattìa grave, un' operazione di poco momento.

Malgrado queste ragioni io vedo benissimo che alcuni Chirurghi avvezzi oramai a riguardare come pericolosissima l'Esofagotomìa, non sapranno liberarsi da questo pregiudizio succhiato nelle scuole, radicato nella loro mente con gli anni, nè potranno mai decidersi ad aprire, o incidere l'esofago, mentre non esistono gravi sconcerti, colla sola idea di prevenirli; ma mi lusingo che non ci sarà alcuno che non osi di aprirlo allorchè questi esistono, colla gui-

da dell'Ettopesofago, il quale, come abbiamo dimostrato, mette l'ammalato in circostanze più favorevoli di quelle, che i Chirurghi anche più timidi hanno riconosciute capaci di rendere l'Esofagotomìa eseguibile con successo.

Grandi dunque a mio credere sono i vantaggi del metodo ch'io propongo; ma siccome sarebbe vera follìa il non diffidare del proprio giudizio nelle cose che ci appartengono, perchè gli autori hanno per le Opere loro l'indulgenza dei padri pei loro figli, aspetterò il voto dei Dotti miei confratelli per sapere se ho realmente colpito nel segno.

FINE.

ERRATA

Alla pagina 40. verso 27., dopo la parola incisione bisogna aggiungere il seguente precetto, che per errore era stato omesso.

Fatto questo con quel medesimo dito con cui il Chirurgo ha tirato a se lo specillo rispinga detto specillo nella cannula, finchè l'anello di esso non venga a contatto con gli orli dell' apertura della cannula stessa.

DESCRIZIONE

DELLA TAVOLA

La figura 5.ª *mostra l' Ettopesofago completo (cioè composto della Cannula, e dello Specillo a Molla) veduto di profilo, e con le due branche dello Specillo arrestate, e tenute insieme dal* cul di sacco *della Cannula.*

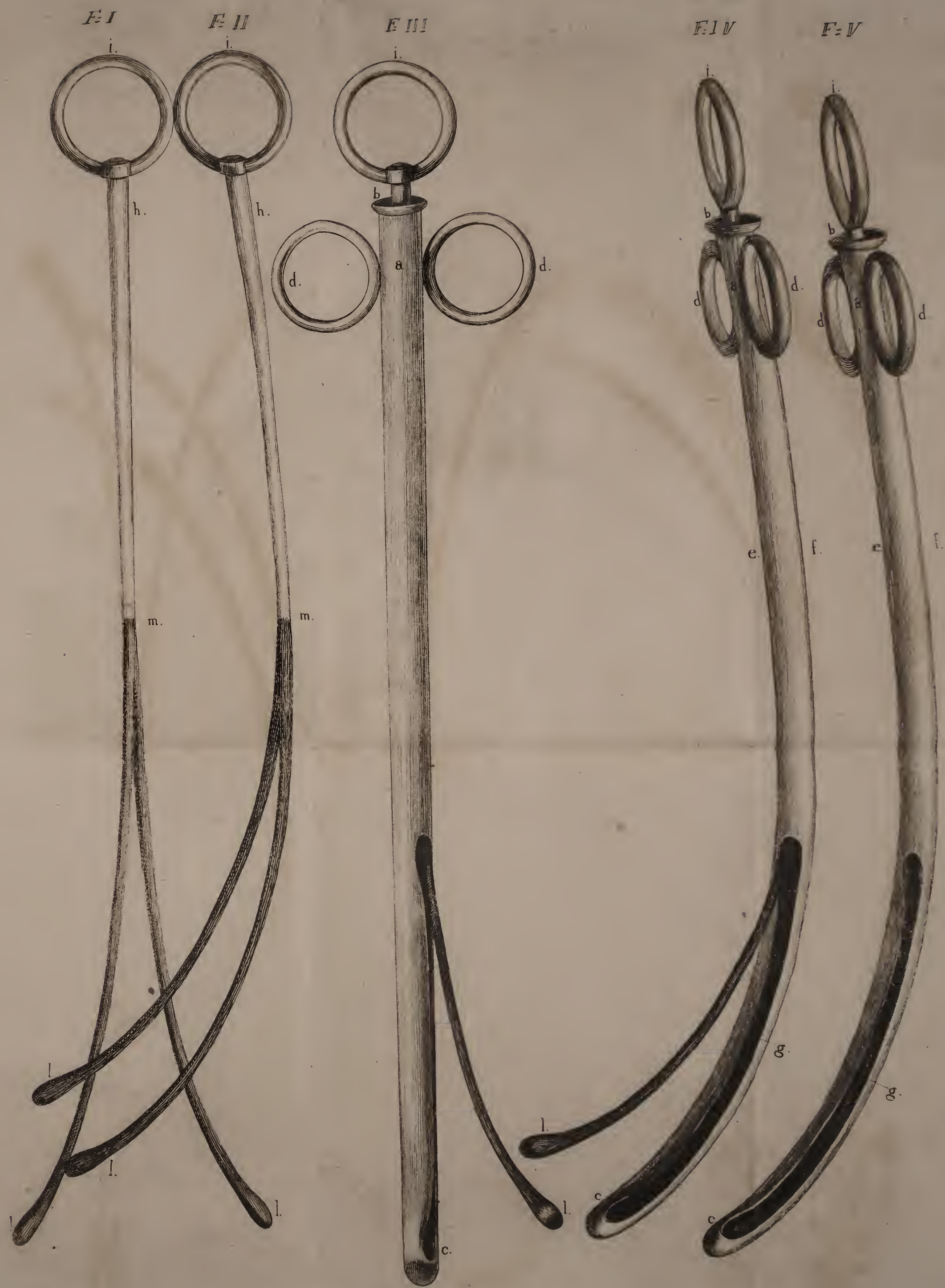
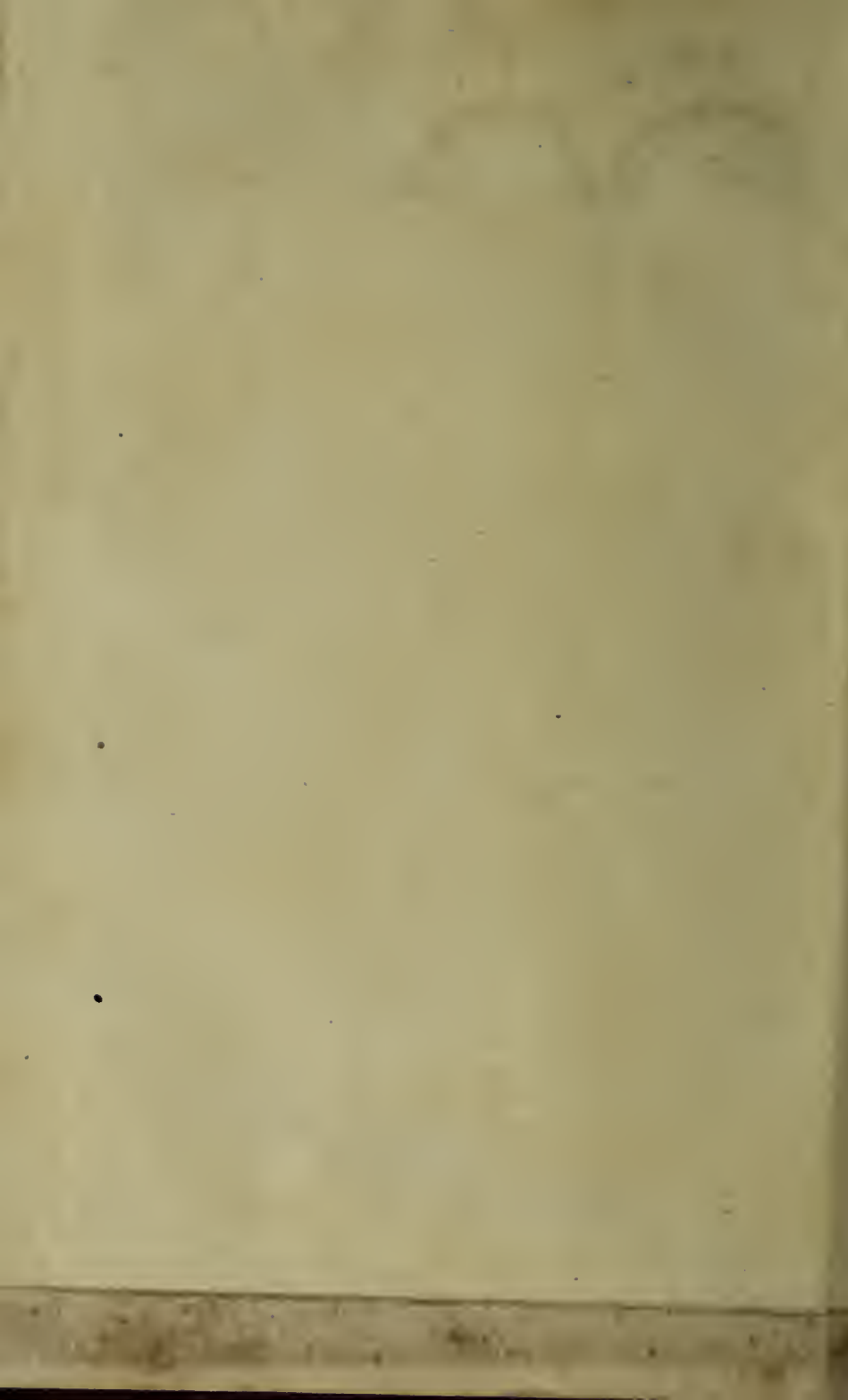
a. *La Cannula.*
b. *L' estremità aperta della Cannula.*
c. *L' estremità chiusa, e formante* cul di sacco.
d. d. *Gli anelli di detta Cannula.*
e. *La parte concava della Cannula.*
f. *La parte convessa.*
g. *La Fenditura della Cannula.*

Fig. 2.ª *Lo Specillo a molla veduto di profilo.*
h. *Il Corpo dello Specillo, ove è formato di un solo pezzo.*
i. *L' Anello dello Specillo a molla.*
l. l. *Le due mezze olive che unite insieme formano l' estremità olivare dello Specillo.*
m. *Punto di congiunzione dei due pezzi elastici, che compongono lo Specillo.*

Fig. 1.ª *L' istesso Specillo veduto di prospetto.*

Fig. 4.ª *L' Ettopesofago veduto di profilo, con una branca dello Specillo saltata fuori, o scostata dalla fenditura della Cannula. Questa figura mostra di quanto la branca dello Specillo si è portata in avanti relativamente alla Cannula.*

Fig. 3.ª L'Ettopesofago veduto di prospetto, con la branca dello Specillo al solito uscito fuori della fenditura. Questa figura indica lo scostamento laterale a sinistra della branca dello Specillo relativamente alla Cannula. Mi pare che le Figure 3.ª e 4.ª mostrino assai chiaramente lo spostamento che lo Specillo deve indurre nell'esofago, portandolo sulla parte laterale sinistra del collo, ed in avanti; ma se le figure non fossero assai esatte per dare delle giuste idee, egli è facilissimo di concepirlo anche senza alcun disegno dietro quello che abbiamo già detto. Giacchè, ripeto, per circa un pollice più innanzi dell'estremità della Cannula deve portarsi l'estremità semiolivare della branca dello Specillo, e per una eguale distanza deve detta branca portarsi più a sinistra dell'estremità della detta Cannula.

F. I
F. II
F. III
F. IV
F. V
i.
h.
m.
l.
b
a
d.
c.
e.
f.
g.

MEMORIA
SOPRA IL METODO
DI ESTRARRE LA PIETRA
DALLA VESCICA ORINARIA
PER LA VIA
DELL' INTESTINO RETTO

DI

ANDREA VACCÀ BERLINGHIERI

PROFESSORE DI CLINICA CHIRURGICA NELL' IMP. E R. UNIV. DI PISA,
CAV. DELL'ORDINE DEL MERITO SOTTO IL TITOLO DI S. GIUSEPPE,
E MEMBRO DI MOLTE ILLUSTRI ACCADEMIE EUROPEE.

PISA

PRESSO SEBASTIANO NISTRI

1821.

Gli Uomini tutti, senza eccezione, sono sempre esposti ad errare nei loro giudizj, quando debbono giudicare dell'importanza delle proprie scoperte, del valore delle opere loro. L'amor proprio getta una spessa benda sugli occhi di tutti gli Autori, e l'esperienza ha già molte volte provato, che questa benda, non so s'io dica crudele o pietosa, oscura la vista perfino degli uomini già famosi per opere insigni. Non mancano di fatto esempj di scrittori che, dopo produzioni del più gran valore, ne hanno pubblicate delle debolissime, e giudicate le ultime più meritevoli delle prime.

È però, che io lontano da quella celebrità, che se non è un sicuro garante di non errare, dà almeno speranza di non commettere gravi errori, ho esposto sempre al Pubblico con tormentosa titubanza quei miei lavori che contenevano idee nuove, o avevano per oggetto di combattere dottrine generalmente ricevute, o massime nuove da celebri autori sostenute. Ma tale tormentosa incertezza non la pro-

vo ora pubblicando uno scritto, con cui non cerco fama, e miro solo alla pubblica utilità, con cui non una mia scoperta, ma quella di altri tento di confermare. E benchè io possa lusingarmi di riuscire più del Sig. Sanson istesso nel persuadere i chirurghi a tentare il di lui nuovo metodo (perchè le osservazioni persuadono più dei ragionamenti), pure veggo che niuna gloria può resultarne per me. Qual gloria infatti posso io aspettarmi dal confermare con osservazioni ciò che un altro avea con somma sagacità provato col raziocinio! Qual lustro al mio nome dall'aggiungere delle modificazioni ad un metodo, le quali (benchè capaci di portare utili effetti) la pratica ed il ragionamento poteano facilmente suggerire a qualunque mediocre ingegno!

Ma se questo scritto non potrà rendere chiaro il mio nome, proverà almeno, ch'io non servo all'autorità, nè all'abitudine, divinità sì care agli uomini, a cui spesso essi tutto sagrificano; proverà che non m'inebriano i miei successi; che ascolto solo la ragione, e che sono prontissimo ad abbandonare le idee e le pratiche più favorite, allorchè mi se ne mostra l'erroneità.

L'oggetto di questa Memoria è di fare più generalmente conoscere all'Italia un nuovo metodo di eseguire l'operazione della Pietra, di far sentire i vantaggi di questa nuova maniera d'operare, e di sostenerli non solo con ragionamenti, ma con osservazioni che mi sembrano importantissime.

Dopo i dotti lavori dei chirurghi di tutte le na-

zioni, specialmente di quei dello scorso secolo, ed anche del secolo corrente, si era assai generalmente persuasi, che questa operazione fosse giunta a quel grado di perfezione di cui sono capaci le cose di questa natura; e benchè i chirurghi non si fossero mai intieramente accordati sulla scelta di un metodo, pure la massima parte di loro eseguivano il Grande Apparecchio lateralizzato, bensì con processi operatorj diversi, niuno dei quali era privo di qualche importante inconveniente. Quando il sig. Sanson, giovine chirurgo francese, ha additata una nuova via di giungere alla vescica, più breve, meno pericolosa, assai più facile a seguirsi, in modo che pare impossibile, che altri avanti di lui non l'abbia additata, e che essa sia sfuggita alle profonde indagini e meditazioni di tanti uomini di genio, che di tali materie si erano occupati.

Il metodo del sig. Sanson è stato dai chirurghi della sua nazione ricevuto con molta freddezza. Niuno di loro lo ha accettato per quanto io sappia, e il solo professore Duputreyn lo ha una sol volta adoprato. Questa fredda accoglienza è forse dovuta al non aver potuto il sig. Sanson sostenere i suoi raziocinj con delle osservazioni assai numerose, e forse anche al non essere i pochi fatti da esso riportati intieramente d'accordo colle sue opinioni teoretiche.

Alcuni chirurghi Italiani hanno accolto più favorevolmente il metodo del sig. Sanson. Ignoro come sia stato ricevuto presso le altre nazioni; ma credo con poco favore. Comunque si sia io penso di

essere attualmente in stato di mostrare con non poche osservazioni ciò che il semplice ragionamento aveva fatto credere al sig. Sanson, cioè di far sentire che il taglio Retto-vescicale merita per ogni titolo di esser preferito ad ogni altro, non già come lo ha specialmente raccomandato il sig. Sanson, non come lo ha eseguito il professore Duputreyn e diversi altri chirurghi Italiani dopo di lui, ma con un modo diverso, che il sig. Sanson ha però descritto come possibile.

Ma prima di entrare nei necessarj dettagli su questa nuova maniera di operare, mi si permetta di rilevare una svista dei dotti compilatori dell'articolo *Litotomìa* nel Dizionario delle Scienze Mediche di Parigi. Essi ne rendono conto con molta esattezza, ne danno assai favorevol giudizio, ed aggiungono che il metodo non è nuovo, che duecento anni indietro era stato usato dal Vegetius, chirurgo Italiano. I redattori si appoggiano alla Biblioteca Chirurgica di Haller citando solamente le seguenti poche parole di questo dotto scrittore. « *Jubet per vulnus recti intestini et vesicæ aculeo, lapidem eijcere* ». La citazione di questo passo sembrerebbe certo troncare ogni questione e togliere al sig. Sanson il merito dell'invenzione. Ma l'Haller istesso e nell'istesso verso aggiunge, jubet etc. etc.: *ubi vesica rucla sit*; onde il Vegetius volea che si sciegliesse cotesta strada nel remotissimo caso in cui la vescica si fosse rotta. Haller non manca di avvertire, che il Vegezio è un Scrittore di Veterinaria, onde egli parla

delle operazioni sugli animali, e non sopra gli uomini; ma per meglio schiarire questo punto di storia; e per mostrare quanto sarebbe ingiusto di defraudare il sig. Sanson della lode che merita, vediamo nell'opera di Vegetius stesso ciò che egli pensava su questo argomento.

De Jumentis Calculosis Cap. XLVI. *Lib.* 1.°

Si quod iumentum calculosum fuerit, hæc signa monstrabunt: torquetur, [c] gemet, extendet se ad conatum mingendi, stillat veretrum eius [d] guttis materiam, modi cum mingit et plene (mingere non potest, quod quotidie patitur. Sed huiusmodi vitium teneris ætatibus plærunq; contingit, quod sic invenies: manum ad interiorem partem mittes, et à ceruice vesicæ sub ipso ano [e] ad hippocentaurum versus palpabis digitis, et calculum ibi inuenies. Quod vitium difficile curatur. Nam interdum nimio conamine prope ipsum anum vesica disrumpitur, et lotium per anum emittit, et quasi [f] aquæ adsimilatur.) Ideoq; missis digitis per foramen quod fecerit, [g] longanonis, et ipsius vesicæ aculeo calculum eximis, et curabis clysteriis [h] collecticijs, id est, quæ glutinent, ut foramina illa sanentur. Potionabis autem illos [i] duritica potione. Difficilis autem huiusmodi cura est, quia vim patientes ex corruptione vesicæ tortione moriuntur.

c *gemit, extendit*
d *guttas et vrinam modicam mittit, ex pleno*
e *versus*
f *aquam*
g *longaonis*
h *collecticis*
i *disuretica*

P. V B. Vegetii viri illustris Mulomedicina.

Ex trib. vetustiss. Codd. varietate adiecta: unde infiniti loci addi et expurgari à quouis poterunt, vsu magno publico.

Opera Ioan. Sambuci Pannonij.

Cum caes. maiest. privilegio. Basileæ per Petrum Pernam MDLXXIIII.

Dopo questa citazione non vi è bisogno di commenti, ed ognun vede, che il Vegetius parlò d'una operazione che potea farsi sugli asini, (nè dal testo rilevasi ch'essa sia stata fatta), e nel caso solamente della rottura spontanea della vescica e dell'intestino Retto. Neanche in questa circostanza descrisse il Vegetius il metodo da tenersi, e si contentò di dire, *missis digitis per foramen quod fecerit longanonis et ipsius vesicae aculeo calculum eximis.*

Mai probabilmente l'opera del Vegetius cadde nelle mani del chirurgo francese, ma se essa vi cadde, egli non è meno meritevole, se ha saputo trasportare un'operazione dalla veterinaria alla chirurgia, trarre regole generali da un caso particolare, mostrare con ragionamenti inconcussi la superiorità di questo metodo su tutti i già noti, e dai più celebri chirurghi d'Europa eseguiti, e lodati.

Per bene intendere l'eccellenza del metodo Retto-vescicale, e per meglio far risultare i di lui vantaggi nell'animo dei prevenuti in favore degli altri modi di estrarre la Pietra, credo utile di fare procedere alcune massime, che mi sembrano tanti assiomi.

1. L'arte possiede il mezzo di determinare l'esistenza della Pietra in vescica, ma non insegna con

ugual sicurezza a fissare la forma ed il volume di essa. 2. Il volume delle pietre può essere grandissimo, e tale da rendere difficile la loro estrazione; questa difficoltà sempre vincibile quando è offerta dalle parti molli, che si lasciano distrarre, diventa insuperabile allorchè la offrono le ossa, le quali non lasciano tra loro in tutti i punti del ristretto inferiore della piccola pelvi la medesima divaricazione; onde a circostanze uguali, sarà sempre più utile quel metodo con cui le pietre potranno costantemente estrarsi grosse o piccole che sieno. 3. Essendo la vescica orinaria profondamente situata nella pelvi e non ugualmente accosta in tutti i punti alla superficie esterna del corpo, sarà preferibile sempre quel metodo (ben inteso a circostanze uguali), che condurrà ad essa per la via la più breve; perchè ferisce, ed impiaga minor superficie, e perchè offre maggior facilità di sentire e di afferrare la Pietra. 4. Le strade che si percorrono per arrivare alla vescica essendo non solo di diversa lunghezza, ma alcune di loro, vicine a parti più o meno interessanti alla vita, ed attraversate, o prossime a grossi vasi arteriosi, preferibile sarà quel metodo, che ci condurrà alla vescica per quella via che più si scosta da queste parti. 5. Seguitando i Reni a separare le orine dopo l'operazione, con la quale s'incide la vescica loro ricettacolo, è chiaro, che il migliore di tutti i modi d'incidere sarà quello che renderà più difficile l'infiltrazione, e gli stravasi orinosi, stravasi, ed infiltrazioni, sempre da un certo grado di pericolo accompagnati. 6. La Pietra essendo

alle volte di natura friabile, e potendosi rompere nell'operazione, a parità di circostanze preferibile sarà quel metodo, che renderà la rottura meno frequente, e più facile l'estrazione dei frammenti in caso di rottura. 7. A parità di circostanze, preferibile sarà quel metodo col quale potrà penetrarsi in vescica, non già dietro la guida di sole esatte cognizioni anatomiche, ma seguendo la fida scorta di un'istrumento già introdotto in questa cavità per le vie naturali.

Fissate queste massime generali sulle quali non parmi che possa cadere alcun dubbio, esaminiamo i principali processi operatorj conosciuti per l'operazione della Pietra.

L'Alto Apparecchio. In questo metodo le ossa non potendo mai offrire ostacolo all'estrazione della Pietra, qualunque sia il di lei volume, i calcoli più voluminosi potranno essere estratti con questo processo operatorio. Niun vaso importante trovandosi dietro e nelle vicinanze della linea alba, nel punto ove essa s'incide in quest'operazione, la vescica orinaria essendo pure priva di vasi sanguigni considerabili nella parte anteriore e media del suo alto fondo, non vi è alcun probabile rischio di emorragia. La vescica essendo più vicina (specialmente quando è distesa) alla inserzione dei muscoli retti al pube, che a qualunque punto del perineo, si percorre coll'Alt'Apparecchio una via più breve di quelle, che si percorrono operando dalla parte del Perineo. Questi sono certamente grandi vantaggi, ma essi sono contrabbilanciati da inconvenienti importanti; infatti seguendo

gl'insegnamenti del Frate Cosimo, che con gl'ingegnosi suoi artificj ha tanto perfezionato l'Alto Apparecchio, oltre l'incisione della vescica sopra al pube, bisogna anche incider l'uretra al Perineo, e lasciare in vescica a permanenza una cannula, per lo scolo delle orine. Doventa allora molto lunga l'operazione, più prolungato il dolore, si moltiplicano le ferite, e per conseguenza i pericoli che possono resultarne. La cannula, che si lascia nel collo d'una vescica ferita, e nell'uretra incisa, non può a meno di non aumentare la probabilità d'una più forte infiammazione; nè basta questa cannula, subito che il collo della vescica non è largamente inciso, ad assicurarci che l'orina non esca per la ferita fatta all'alto fondo di essa dietro al pube, benchè l'apertura naturale del collo della vescica, dentro la quale si trova la cannula, sia più bassa dell'angolo inferiore di detta ferita. Convien riflettere che il basso fondo della vescica, essendo più basso dell'apertura del collo, deve raccogliersi una certa quantità d'orina in questo basso fondo, malgrado la cannula che stà in vescica. Questa quantità di orina che si raccoglie deve determinare le contrazioni della vescica, e sotto queste contrazioni è evidente che l'orina dovrà uscire per l'apertura la più declive, cioè per la cannula, non tutta però, perche la cannula non è capace di riceverla tutta in un tratto, e una parte potrà anche passare per l'incisione superiore.

Se poi piacesse di seguire il consiglio che credo di aver pubblicato il primo, almeno in Italia, ed in

Francia (1), di non fare l'incisione al Perineo e di supplire all'indicazione di dare libero scolo alle orine per mezzo d'una siringa elastica, introdotta nell'uretra senza incisione, si eviterà certamente il prolungamento dell'operazione, si eviteranno gl'inconvenienti ed i pericoli delle moltiplicate incisioni; ma non si eviterà il rischio del passaggio dell'orina per la ferita superiore, anzi si renderà assai più probabile, perchè in questo caso l'uretra essendo intatta, la siringa elastica è obbligata a percorrerla tutta, seguirne le tortuosità, risalire con essa un poco davanti al pube; così si renderà il tragitto dell' orina più lungo, meno accosto alla perpendicolare, e per conseguenza meno pronto di quando esiste la cannula introdotta per mezzo dell'incisione al Perineo.

Questi inconvenienti, dei quali il semplice ragionamento avrebbe dovuto avvertirmi, mi erano sfuggiti, allorchè troppo giovine ancora scrissi le mie riflessioni sul trattato di chirurgia di Beniamino Bell. Non deggio però maravigliarmene, perchè sfuggirono ad uomini sommi che dopo di me trattarono la stessa materia. L'esperienza mi ha dipoi più d'una volta mostrato il mio errore; e nei casi infelici come nei fortunati, negli uomini come nelle donne ho veduto l'orina uscire abitualmente per la siringa elastica, e di tanto in tanto anche per l'incisione di sopra al pube. Questo fenomeno non può sorprenderci dietro quello che abbiamo detto, ed oltre

(1) *Vedi Riflessioni sul trattato di Chirurgia di Beniamino Bell T. I. pag. 54. Pisa* 1793.

l'accennata causa può esservene un' altra, cioè il tappamento della siringa. Malgrado tutte le precauzioni può momentaneamente introdursi del mucco, della marcia, o del sangue addensato nel cavo della siringa, in questo caso l'orina, trovando ostacolo a passare per la siringa, si porta subito per la ferita sopra al pube.

Il passaggio dell'orina per l'incisione non rende inevitabile lo stravaso ma probabilissimo, perchè l'incisione della vescica non corrisponde a quella della linea alba, la quale resta più alta: e come potrebbe essere altrimenti, quando la vescica non più distratta dalla sonda a dardo o dal volume della Pietra, o dall'orina, riprende la sua natural posizione profonda nella pelvi? L'orina dunque deve risalire contro il proprio peso, e siccome fra la vescica ed il pube vi è un tessuto cellulare floscio ed assai abbondante, rischia il nominato fluido di trattenervisi, e questo potrà specialmente accadere nei primi momenti che succedono all'operazione, pria che l'infiammazione, la quale sì sovente produce adesioni, abbia con esse limitata la via, e stabilito per così dire un canale di comunicazione fra la ferita della vescica, e quella dei muscoli e dei tegumenti.

L'incisione della vescica, facendosi nell'Alto Apparecchio sopra al pube, non è sperabile che i piccoli frammenti, che possono risultare dalla rottura della Pietra, escano per la ferita, come può facilmente accadere per l'incisioni che interessano il collo o il basso fondo della vescica; ma è però vero, che

con l'Alto Apparecchio si domina la vescica in modo da rendere assai difficile la permanenza di qualche frammento nella sua cavità.

Non vi è alcuno dei metodi di estrar la Pietra, in cui il chirurgo si accosti tanto al Peritoneo, quanto nell'Alto Apparecchio; e benchè l'ingegnosissimi istrumenti di Frate Cosimo abbiano reso la lesione di questa importante membrana assai più difficile, pure è duopo convenire, che anche chirurghi di merito l'hanno ferita; e quando non si volesse far caso di questi falli accaduti per disavvertenza, egli è però certo che si espone il Peritoneo al contatto dell'aria, del poco sangue che scola dalla ferita, dell'orina che scaturisce da essa, e si è forzati a concludere, che la peritonitide potrà più facilmente svilupparsi dopo questo metodo che dopo quelli nei quali il Peritoneo, non essendo esposto all'azione dell'indicate cause, la di lui infiammazione può essere semplicemente la conseguenza dell'infiammazione della vescica.

Nè debbo tacere ciò, che la mia propria esperienza e quella degli altri mi ha insegnato dopo ciò che avevo pubblicato *nelle mie riflessioni*. A quell'epoca io non vedevo difficoltà nell'esecuzione di questo metodo: questa non è più la mia opinione. Io non parlo già delle difficoltà che possano emergere dall'enorme volume e dalla forma della Pietra, esse non si scansano con alcun metodo, anzi sono, in quasi tutti gli altri, più grandi assai che nell'Alto Apparecchio, parlo di quelle che esclusivamente a questo metodo appartengono. I muscoli retti, fra i quali biso-

gna portar l'incisione; sono alle volte tanto grossi da allungare assai la via, che il chirurgo deve percorrere per arrivare alla vescica. La loro contrazione spasmodica, che in qualche caso si risveglia nell'operazione, non gli permette di cedere, ed in questo stato si oppongono all'estrazione della Pietra. La vescica non è sempre assai vasta da poter essere strascinata senza difficoltà al disopra del pube, specialmente quando essa è irritata dalla presenza della Pietra, e sommamente contratta, ed in questo caso le difficoltà dell'operazione si aumentano grandemente: potrebbe forse alla prima di queste difficoltà rimediarsi col tagliare in traverso i muscoli Retti al loro attacco al pube, come lo hanno consigliato, e il Duputreyn lo ha eseguito, ma il rimedio espone forse a dei rischi d'un altro genere, rendendo più facile l'accesso dell'aria nella pelvi, lasciando probabilmente all'ammalato una disposizione all'ernie ventrali; onde parmi, che possa concludersi, che l'Alto Apparecchio presenta solamente due grandi vantaggi sugli altri metodi conosciuti fino al 1817., quello cioè di estrarre le pietre di qualunque volume esse sieno, e di evitare con sicurezza la ferita dei grossi vasi sanguigni, vantaggi, che sembrami incertissimo se possano stare in bilancia con tutti gl'inconvenienti dei quali abbiamo parlato (1).

(1) Nel 1809. estrassi la pietra alla Sig. Guerrazzi di Castel-Franco, già molto avanzata in età, e che da 25. anni era afflitta dal calcolo. Questo aveva acquistato un grandissimo volume e fù per questa ragione, che mi decisi a preferire l'Alto Apparecchio,

Il grand'Apparecchio, metodo quasi dimenticato nelle scuole, e che consiste, come è ben noto, nell'incisione del bulbo dell'uretra, della parte membranosa di questo canale, e nella dilatazióne mecca-

che eseguii con la sonda a dardo nel modo conosciuto. L'operazione riuscì laboriosa per il grandissimo volume del calcolo, che sarebbe stato impossibile di estrarre con qualunque altro metodo, di quei fino allora noti. Una cannula di gomma elastica fù tenuta a permanenza nell'uretra; coi mezzi conosciuti dall'arte si tentò pria di prevenire, poi di combattere l'infiammazione. Non sopraggiunsero gravi sconcerti e l'ammalata ritornò ad acquistare l'intiera salute, della quale gode ancora malgrado la sua gravissima età. La cicatrice intiera della piaga non si ottenne che dopo tre mesi, e per i primi venti giorni che succedettero all'operazione le orine vennero dì tanto in tanto, ma giornalmente per la ferita sopra il pube, in piccola quantità, benchè non cessassero mai di passare abbondantemente per la cannula.

Nel 1812. eseguii nuovamente l'Alto Apparecchio sopra una bambina di 12. anni, che era stata condotta nella mia sala Clinica. Questa infelice avea una costituzione debolissima, una febbre lenta giornaliera, delle orine di aspetto purulento, si laguava di atroci dolori alla vescica, che le si estendevano fino alla regione dei reni. In questa disgraziata situazione la massima parte dei chirurghi avrebbero ricusato di eseguire l'operazione, ma siccome l'emaciazione, la febbre, l'orine d'aspetto purulento e perfino il dolore che si estendeva ai reni, potevano essere l'effetto della forte irritazione che soffriva la vescica, siccome nessun altro tentativo potea farsi per salvare questa bambina; siccome da questo tentativo solamente potea resultarne la salute, mi decisi all'operazione, e l'eseguii coll'Alto Apparecchio, non perchè credessi la Pietra straordinariamente voluminosa, ma perchè in quell'epoca, mi sentivo molto portato per questo modo di operare. L'incisione fu facilissima, facilissima l'estrazione della Pietra, niun grave sintoma insorse, le orine uscirono in abbondanza per la cannula lasciata in permanenza nell'uretra, ma di tanto in tanto e più volte il giorno uscirono per la ferita, dalla quale

nica del collo della vescica e prostata, non riunisce che pochi vantaggi, e gravissimi sono gl'inconvenienti che l' accompagnano. Il solo vantaggio importante

dopo il 5. giorno principiò ad uscire della marcia, da primo poco legata, in seguito di buona qualità. Questa suppurazione, che usciva anche spontaneamente, veniva in maggior quantità tutte le volte che la malata tossiva, o metteva in contrazione il diaframma o i muscoli del basso ventre per qualche altra ragione Dopo il 5. giorno si presentarono dei segni di verminazione, furono combattuti colle preparazioni mercuriali e cedettero; non cedette però la febbre lenta, le orine seguitarono a presentare un deposito purulento, l'emaciazione si accrebbe, e nel 21.° giorno l' ammalata morì.

La sezione del di lei cadavere ci mostrò. che i dolori ai reni non erano sintomatici, ma dipendenti da un'impiagamento in quella parte; mostrò un' ingrossamento nelle pareti degli ureteri, un ingrossamento leggerissimo nelle pareti della vescica, la ferita di quest' organo fatta per l' estrazione della pietra, cicatrizzata per la metà della sua estensione. Vi era in oltre un' ascesso che occupava lo spazio compreso fra la parte posteriore della sinfisi del pube, e la parete anteriore della vescica. Questo ascesso era limitato in basso dal collo della vescica, sui lati dall'aderenza del peritoneo alla superficie interna dei muscoli otturatori interni Dal cavo di quest'ascesso usciva la marcia per la ferita fatta sopra il pube, tutte le volte che l'ammalata diminuiva la capacità del basso ventre.

Nel 1816. eseguii l'Alto Apparecchio sopra un giovane di 25. anni allettato nella mia sala di Clinica. Fino dalla più tenera infanzia, questo giovane era stato tormentato dai sintomi della Pietra, ed in diverse epoche varj chirurghi l'avevano riscontrata. Questa circostanza, con molte altre, mi fecero supporre che il calcolo dovesse essere molto voluminoso, onde mi determinai per l'Alto Apparecchio, e tanto più volentieri, in quanto che per una singolar organizzazione, l' intestino retto si apriva non già al solito luogo, ma più in avanti nel perineo, e più verso lo scroto, almeno di un pollice. Questo disgraziato, malgrado i suoi lunghi

è quello di non esporre all'emorragia, perchè l'incisione cade nella linea media del Perineo, ove niun grosso vaso arterioso si distribuisce; ma tacendo an-

patimenti, non era molto emaciato, e conservava dei muscoli marcatissimi nelle pareti del basso ventre. Ivi si presentavano sommamente rilevati, probabilmente perchè essi erano continuamente in una violenta azione per l'espulsione dell'orina, operazione che ad ogni momento si ripeteva, e che mai si eseguiva senza grandi contrazioni degl'indicati muscoli. Cominciai l'operazione come suol farsi ordinariamente incidendo i tegumenti, la linea alba fra i muscoli retti, e dovei profondar molto l'incisione per arrivare al tessuto cellulare situato fra essi e la vescica, a motivo della grossezza straordinaria di questi muscoli in quel punto. Questa circostanza rese un poco più difficile del solito il portare il pollice e l'indice nella ferita onde fissare l'estremità della sonda a dardo a traverso le pareti della vescica. Una tal difficoltà non dipendeva solamente dall'indicata causa, ma anche dalla contrazione della vescica sopra la Pietra, contrazione che le impediva di obbedire all'impulsione della sonda a dardo e di accostarsi alla ferita esterna. Pure con molta pazienza superai questi ostacoli, incisi la vescica, sospesi i bordi dell'incisione coi soliti sospensori, introdussi la tanaglia, presi la Pietra la quale non sembrandomi voluminosissima mi credei al termine dell'operazione. Quando i muscoli del basso ventre entrarono in una sì violenta contrazione, indipendente dalla volontà del mio paziente, e resero talmente angusta la ferita già fatta, o per dir meglio non le permisero di dilatarsi, in modo che mi fù impossibile di estrarre il calcolo, malgrado i non mediocri sforzi ch'io feci in diversi sensi, e malgrado la posizione ch'io detti al mio ammalato atta a rilasciare i muscoli retti. Allora temendo che dalla sola contrazione muscolare non dipendesse tutta la difficoltà, e che la forma della Pietra potesse avervi che fare, o il modo con cui l'avevo afferrata, procurai di lasciarla per riprenderla in altra guisa. Anche questo mi riuscì difficilissimo; non potevo slargar le branche della tanaglia, perchè abbandonassero la Pietra; finalmente vi riuscii. Estratte le tanaglie non cedè la contrazione muscolare,

che gl'inconvenienti che nascono dalla complicazione degl'istrumenti, dall'incisione che troppo si accosta allo scroto, dei gravissimi glie ne rimangono nel-

la quale mi rese difficile l'introduzione di un semplice dito, che rimaneva strozzato dai bordi della ferita; pure introdussi con molta fatica le branche separate d'una tanaglia a forcipe, ripresi nuovamente la Pietra, feci dei nuovi tentativi, e finalmente con molta difficoltà l'estrassi. Essa era una grossa Pietra, ma tale però che avrebbe potuto anche essere estratta dal Perineo. Terminata questa laboriosissima operazione, introdussi nella vescica per l'uretra la siringa elastica, tentai con tutti i mezzi di oppormi all'infiammazione che dovevo aspettarmi terribile. Malgrado questi essa si sviluppò, ed il mio malato perì nel 5.° giorno. In tutto questo tempo le orine non cessarono mai di passare per la siringa, ma giornalmente passarono anche di tratto in tratto per la ferita sopra il pube.

La sezione del cadavere, mostrò somma infiammazione nelle pareti della vescica, l'infiammazione del Peritoneo estesa a tutta questa membrana, fortissima però intorno alla vescica, e assai più leggera altrove. Mostrò il tessuto cellulare compreso fra la vescica ed il pube infiltrato di pura orina, tumefatto e nerastro.

Queste osservazioni provano incontrastabilmente il passaggio dell'orina per la ferita e nell'uomo, e nella donna malgrado la canuula, o la siringa, e non quella di Anthelme riportata da Chopart alla pag. 151. e seguenti nel 2.° tom. del suo trattato delle malattie delle vie orinarie, citata dai Redattori del Dizionario delle scienze mediche. Alla donna che forma il soggetto della citata osservazione, era stata fatta un'incisione alla parte inferiore della linea alba per dare esito ad un'ascesso orinoso colà formato. Da questa apertura seguitò per un certo tempo ad uscire dell'orina malgrado che fosse tenuta la siringa nell'uretra a permanenza, ma, come ognun vede, in questo caso non vi è la sicurezza che la vescica fosse aperta là dove s'incide col metodo di Fra Cosimo, potendosi lo stravaso orinoso portarsi fra il peritoneo, e i muscoli del basso ventre, e fra la parte anteriore della vescica, e la faccia interna del pube, purchè l'apertura esista in uno di quei tanti punti della vescica che non sono coperti dal peritoneo.

la eccessiva estensione della ferita esterna, che a nulla serve; nelle lunghe e troppo complicate manovre, nella dilatazione del collo della vescica e della prostata, che spesso restano lacerate, e dalla di cui lacerazione nascono sovente l'incontinenza d'orina, le fistole orinose, allorchè i malati son fortunati abbastanza per resistere alle violenti infiammazioni e alla gangrena. Ed importantissimo inconveniente è quello, in questo metodo, di estrarre la Pietra di fra le branche del pube, nel luogo, ove esse sono poco discoste fra loro, di dove le mediocri pietre passano alle volte con stento, e mai possono passarvi le molto grosse.

Quel metodo, che consiste nell'incisione laterale della parte membranosa dell'uretra, del collo della vescica e della prostata, che alcuni chiamano Laterale, altri Grande Apparecchio lateralizzato è quello che viene generalmente lodato nelle scuole, ed eseguito dai pratici moderni. A questo metodo si possono riportare i processi operatorj di fra Giacomo, di Cheselden, forse di Ravio, di Pouteau, di Ledran, di Le Cat, di fra Cosimo, di Moreau, di Haukins e di molti altri a giusto titolo celeberrimi pratici. Tutti questi autori tagliano lateralmente la porzione membranosa dell'uretra, la prostata, il collo della vescica; spesso la differenza dei loro processi operatori consiste o nella forma dell'istrumento, che può facilitare l'esecuzione del taglio; o nella maggiore o minore ampiezza dell'incisione; o nella direzione di essa, che più o meno si accosta o all' inte-

stino Retto o alla branca del pube; o nella forma di quest' incisione; o nell' incidere le parti dal di fuori al di dentro o dal di dentro al di fuori; o nel procurare, che l' incisione esterna sia corrispondente precisamente all' interna o viceversa.

Senza però entrare in dettagli su quest' articolo, per esaminare quale di questi processi di eseguire il Grande Apparecchio lateralizzato meriti la preferenza, mi contenterò di osservare che tutti senza eccezione, hanno degl' inconvenienti che appartengono al metodo, i quali non si possono evitare con alcuno dei detti processi operatori: in fatti, qualunque sia l' istrumento che si adopra, resterà sempre vero che non si percorrerà mai la via la più breve, per arrivare alla vescica. Qualunque sia l' istrumento, la forma, o la direzione dell' incisione, sarà sempre vero che quest' incisione caderà in uno spazio angusto, limitato da un lato dall' intestino retto, dall' altro dalla pudenda, attraversato presso a poco nel centro dalle ramificazioni delle pudende, come le trasverse dal Perineo ec. ec. Qualunque sia l' istrumento, la ferita caderà sempre in un punto, ove le branche del pube lasciano fra loro mediocre distanza, o fra le branche dell' ischio ove sono fra loro meno discoste, e dove per conseguenza non esiste spazio assai grande, per l' estrazione delle grossissime pietre.

L' incisione laterale del Perineo, con cui si ferisce il basso fondo della vescica proposta ed eseguita da Foubert e da Thomas, che chiamasi metodo Laterale non percorre neanch' essa la via la più breve.

Neanche questa via manca di essere circondata da grossi vasi; neanche questa passa fra le ossa là dove esse lasciano fra loro il più grande intervallo: e quando anche non si volesse dare gran peso all' opinione di alcuni illustri pratici, i quali riguardano le ferite del basso fondo della vescica come più gravi di quelle del collo, nè dare alcun' importanza alla possibile lesione di una vescichetta seminale, non si può a meno di convenire, che detti metodi di Faubert e di Thomas, obbligando il chirurgo ad entrare in vescica senza la guida della siringa, lo espongono a non penetrare in quest' organo. Nè può negarsi, che il far distendere la vescica dall' orina trattenutavi a bella posta, o dalle iniezioni che s' introducono nella sua cavità, per evitare il sopra citato inconveniente, non sia un mezzo spesso assai doloroso, non sempre capace di dare alla vescica sufficiente ampiezza, attissimo a risvegliare violenti dolori, e disporre la vescica all' infiammazione. Sembra anche più facile in questo metodo l' infiltramento di orina nel tessuto cellulare del Perineo, e nei contorni dell' intestino Retto, attesa la direzione della ferita, la quale mentre l' ammalato è situato nella posizione orizzontale, ha la di lei apertura esterna poco più bassa dell' interna. La cannula proposta per evitare tale inconveniente ha quello non piccolo di lasciare in vescica e nella ferita un corpo straniero (1).

(1) Il Piccolo Apparecchio (così male a proposito detto il metodo di Celso, perchè questo elegante Scrittore oltre a non esser-

Egli è dunque dimostrato dal ragionamento che il Grande Apparecchio lateralizzato, il migliore di tutti i metodi conosciuti fino al 1817., espone l' ammalato all' emorragia, e alla lesione dell' intestino Retto. Corre il chirurgo il rischio di non poter estrar la Pietra quando è troppo grossa, l' ammalato i pericoli, che sono la conseguenza del frangimento di detta Pietra, o quelli di soffrire una nuova operazione

ne l' autore, lo ha sì oscuramente, e sì vagamente descritto, in modo da dar luogo a variatissime interpetrazioni) può essere considerato come uno dei processi operatorj per eseguire l' incisione del basso fondo della vescica, senza offendere la prostata, il collo della vescica e l' uretra, ossia dell' Apparecchio Laterale.

Nè si può concepire, come autori di sommo merito e fra questi il dotto Sabatier abbia potuto avanzare nella sua medicina operatoria che *les parties incisèes dans le petit appareil sont les teguments, le muscle trasversal ou triangulaire de l'urethre, les graisses profondes du Perinè, et le col de la vessie*. Il collo della vescica si deve solamente incidere nel caso remotissimo, in cui il calcolo si sia introdotto in questa parte, e la distenda, e potrebbe forse essere anche inciso per errore, specialmente non osservando i precetti di Paolo Egineta e di Albucasis.

Il Piccolo Apparecchio ha dunque i principali inconvenienti dei processi operatorj di Foubert, e di Thomas. Si evita è vero la dolorosa distensione della vescica fatta dall' orina trattenuta, o dalle iniezioni; si evita il pericolo di fare una falsa strada, e di non penetrare in vescica; ma il Piccolo Apparecchio non è eseguibile che nell' infanzia; nel Piccolo Apparecchio si fa con la pietra una dolorosa compressione contro le pareti della vescica, che può essere importantissima, allorchè la Pietra è disuguale; col Piccolo Apparecchio s' incide la vescica sopra un corpo duro, che presenta di tanto in tanto delle disuguaglianze nella superficie, ed in questi casi, come ognun vede, l' incisione deve riuscire inesatta rimanendo inrecise quelle porzioni che restano fra gl' intervalli delle scabrosità.

coll' Alto Apparecchio, la quale, tanto tormento e tanto pericolo aggiunge a quelli che l'operato avea già sofferti, e ai quali era già esposto.

Sento bene che mi si potrà rispondere, che osservando esattamente le regole, non accostandosi di troppo alla branca del pube, nè all' intestino Retto, si possano evitare le ferite dell' arteria e dell' intestino, qualunque sia il metodo, e l' istrumento che si adopera; ed io potrei farmi forte di questa ragione al pari dei più fortunati, perchè non mi è mai successa questa disgrazia con alcuno dei metodi, e degl'istrumenti che ho adoprato, nè col Litotomo nascosto di fra Cosimo, che ho generalmente preferito ad ogni altro. Ma siamo noi sempre infallibili, siamo noi sempre padroni dei movimenti delle nostre mani, di quelli del nostro ammalato, da contare di non scostarsi neanche di una linea dalla direzione che ci siamo prefissi di tenere? E la natura non è essa bizzarra in qualche caso? e la notomia non ci avverte, che il corso dell'arteria non è precisamente il medesimo in tutti gl' individui, e che le leggere deviazioni dei vasi non sono rarissime? E se non siamo infallibili, se le arterie non seguono sempre con scrupolosa esattezza l' istesso corso, perchè vorremo noi scegliere per giungere alla vescica una via angusta, lunga, sparsa di parti pericolose a ferirsi, ed affaticarci a studiare il modo di evitarle, quando n' esiste una più breve, da verun pericolo circondata, quando specialmente la prima, scorrendo in mezzo alle ossa fra loro poco divaricate, non può permettere l' esito alle

grosse pietre, e che la seconda al contrario passando fra queste ossa ove sono tra di loro più discoste, permette l'egresso a calcoli molto più voluminosi?

Egli è vero, che non è frequente d'incontrar pietre tanto voluminose da costringere il chirurgo a passare all'Alt'Apparecchio dopo aver tentato il Grande Apparecchio lateralizzato, e convengo di non essermi mai incontrato in questo sfortunato caso; ma alle volte ho molto stentato a estrar la Pietra, che mi si è infranta, e l'estrazione dei frammenti è costata a me molta fatica e molto dolore all'ammalato. Onde concludo, che mentre quella parte dell'operazione, la quale consiste nell'incisione, riesce facile e di pronta esecuzione, l'estrazione del calcolo diviene laboriosa, lunga e penosa. Queste grandi difficoltà sono state incontrate alle volte da tutti i più abili litotomisti: le loro opere lo attestano, e me ne appello a tutti quelli che sanno publicare egualmente i casi infausti come i felici.

Il taglio Retto-vescicale, sembra riunire tutti i principali vantaggi e presentare i minori inconvenienti. Non ho bisogno di rammentare ai miei lettori le cognizioni di fina anatomia per persuaderli, che non vi ha punto del Perineo più prossimo alla vescica di quello che corrisponde alla parte anteriore dello sfintere dell'ano. Non vi è bisogno di molto ingegno per concepire che, tagliato in questo punto il detto sfintere, le pareti dell'intestino Retto, la parte membranosa dell'uretra e la prostata con un'incisione che non interessa che poche parti molli, ci trovia-

mo ad aver procurato un'ingresso assai ampio alle nostre dita, alle nostre tanaglie, ed un egresso non meno spazioso alla Pietra, perchè profittiamo della naturale apertura dell'ano, e della cavità dell'intestino retto. Le più grossolane nozioni di notomia bastano per concepire che il taglio, il quale interessa lo sfintere dell'ano nella parte anteriore, la porzione membranosa dell'uretra nella linea media della sua parete anteriore, il collo della vescica, la prostata e il basso fondo della vescica nell'istessa linea, non si accosta mai ad alcun vaso importante, nè ad altre parti interessanti alla vita. Egli è chiaro che in questo metodo la Pietra viene a passare fra le branche dell'ischio, ove sono fra loro distantissime, e che lasciano per conseguenza un amplissima via per l'uscita delle più grosse Pietre. Egli è pure evidente, che la direzione, la brevità della ferita rendono impossibile qualunque stravaso orinoso, rendono la ferita meno estesa, e più facile l'egresso dei frammenti che possano esser rimasti in vescica.

Il tragitto della ferita essendo più corto che negli altri metodi, può il Chirurgo penetrare molto avanti in vescica col suo dito, assicurarsi della forma, volume, e direzione della Pietra, e del suo modo di essere in vescica, prima di accingersi ad estrarla.

Col taglio Retto-vescicale si evita dunque il pericolo di ferire i grossi vasi del Perineo; come coll'Alto Apparecchio si possono estrarre i grossi calcoli; non ha l'inconveniente di scoprire il peritoneo, e di esporre il chirurgo a ferirlo, e non ha l'altro gravissimo di render facile lo stravaso orinoso.

Il taglio Retto-vescicale supera il Grand'Apparecchio lateralizzato perchè (mettendo da parte tutti i vantaggi di minore importanza) non espone com'esso all'emorragie, perchè i calcoli di grossissimo volume possono essere estratti per la via dell'intestino Retto. Supera il taglio laterale, perchè si è sicuri di penetrare in vescica dietro la scorta del siringone, perchè col taglio laterale d'altronde non si evita il pericolo della lesione dei vasi importanti nè gli ostacoli che offrono le ossa all'estrazione dei grossi calcoli.

Le obiezioni, che possono farsi a questo metodo, sono quelle, che il sig. Sanson si è fatto da se medesimo. Primieramente si ferisce l'estremità inferiore dell'intestino Retto, ferita, che fin quì s'è riguardata come molto importante, e si è con molta premura tentato di scansare. In secondo luogo la libera comunicazione, che si stabilisce fra le cavità della vescica, e quella dell'intestino Retto, rende possibile anzi probabile il passaggio delle materie stercoracee dalla cavità dell'intestino in quella della vescica, ed il passaggio dell'orina dalla vescica nell'intestino Retto, e per conseguenza ad una fistola sterco-orinosa.

Alla prima di queste obiezioni egli risponde in un modo vittoriosissimo, mostrando con delle ragioni tratte dall'anatomia, dalla fisiologia, e dalla giornaliera osservazione, che è una follìa il riguardare come gravi queste ferite. 1. Perchè il peritoneo non circonda l'intestino in quel punto, 2. perchè la struttura di quest'intestino è diversa da quella del rimanente degl'intestini, 3. finalmente perchè si fanno

giornalmente l'incisioni delle fistole all'ano, ove questa parte viene ferita senza la sopravvenienza del minimo pericolo.

Egli non è però così fortunato nella sua risposta alla seconda obiezione. Assicura primo che la situazione respettiva delle due aperture è tale, che le materie stercoracee, per arrivare alla ferita della vescica, debbano arrivare nello stesso tempo al bordo dell'apertura dell'ano, e che lo sfintere essendo tagliato non vi è più niente che le ritenga; che però hanno più tendenza a passare per l'orifizio dell'ano, che a rimontare contro il loro proprio peso nella cavità della vescica; secondo che la direzione delle due aperture è tale, che la ferita della vescica viene obliquamente in avanti ed in basso presso a poco, come il canal dell'uretra viene ad aprirsi nella vulva nelle donne. Da dove resulta, che le materie stercoracee, per arrivare alla vescica sarebbero obbligate di seguire un movimento retrogrado, che niente tende ad imprimer loro; terzo che l'istante in cui le materie stercoracee tenderebbero ad introdursi nella vescica è precisamente il momento della loro escrezione, in cui i rilevatori dell'ano, il Retto e la vescica, si contraggono simultaneamente, e questa vescica è meno, che in ogni altro momento disposta ad ammettere un corpo straniero nella sua cavità: quarto che nel momento dell'uscita delle materie fecali la membrana intestinale del Retto più floscia delle altre forma una specie di *bourlet* (ossia guancialetto) che precede queste materie alla loro uscita dall'ano, e

questo è forse capace di tappar le ferite o almeno rendere più difficile il passaggio delle materie nella vescica; quinto che è facile d'operare in modo da prolungare l'incisione più dalla parte della vescica, che dell'intestino Retto, di maniera che, questo formi una specie di valvula, la quale permetta all'orina di passar dalla vescica nell'intestino Retto, e si opponga al passaggio delle materie fecali del Retto nella vescica; sesto che supponendo anche che una piccola quantità di queste materie potessero introdursi in vescica, esse sarebbero presto sciolte e portate via dall'orina.

Sommamente ingegnosi sono gli argumenti del sig. Sanson, ma sfortunatamente le osservazioni depongono contro questa sua opinione, anche quelle medesime che egli ha riportate nella sua Memoria. Infatti, dopo l'operazione del Prof. Duputreyn. l'ammalato orinò orine fecciose; così accadde a quello operato dal sig. Prof. Geri, Clinico Chirurgo dell'Università di Torino; così all'operato dal mio illustre amico il Prof. Barbantini, di cui il nominato Prof. pubblicò l'istoria; così in un altro caso appartenente all'istesso Professore, e non ancora pubblicato. Queste osservazioni basterebbero se non per rovesciare intieramente l'opinione del sig. Sanson, almeno per renderla molto dubbiosa. Ma a questi fatti si possono aggiungere molte ragioni, le quali c'inducono a pensare, che il passaggio delle materie stercoracee in vescica deve essere, se non costante, almeno probabilissimo, seguendo precisamente il metodo ch'egli ha preferito.

Ammettendo che la respettiva situazione delle due incisioni (quella dell' intestino e quella della vescica) sia tale, che le materie stercoracee per accostarsi alla ferita della vescica debbano nel medesimo tempo arrivare al margine dell'apertura dell' ano, non è per questo vero che, lo sfintere una volta tagliato, non abbiano più altro che le ritenga, e che debbano per conseguenza passare attraverso l'ano, piuttosto che a rimontare contro il loro proprio peso nella cavità della vescica. Malgrado la recisione dello sfintere le materie stercoracee non passano facilmente per l'ano, se sono voluminose e dure, se non dopo ripetute contrazioni delle fibre dell' intestino. Or dunque, se dietro alle fecce dure ve ne sono delle molli, queste, spinte dalle contrazioni delle fibre dell' intestino, non potendo subito obbedire per l'ostacolo delle fecce più dure, che per il momento si trattengono all'ano, potranno rimontare un poco contro il proprio peso e penetrare in vescica. Col medesimo ragionamento si distrugge il secondo argumento.

Le fecce tenderanno a portarsi dall' intestino Retto alla vescica non solo nel momento della loro escrezione, quando vi è simultanea contrazione dei rilevatori dell'ano, del Retto e della vescica, ma anco nello stato di riposo di queste parti, tosto che il volume e la durezza di una porzione di feccie le farà arrestare all'apertura dell' ano, e che ve ne saranno altre al disopra di queste in stato di fluidità, perchè l'intestino Retto come tutti gli altri intestini go-

dendo di quel movimento che dicesi peristaltico, indipendente dalla volontà, e per cui le materie stercoracee circolano nella cavità intestinale, questo movimento potrà benissimo servire a far passare le materie più fluide dall' intestino in vescica.

Queste materie potranno ancora passarvi nel momento della simultanea contrazione dei muscoli sopra nominati, perchè non è dimostrato che la vescica si contragga in modo da non lasciare il benchè minimo intervallo fra le sue pareti.

Il Bourlet (ripiegatura o cercine) potrà essere più o meno grande, secondo la maggiore o minore floscezza della membrana interna, e non sempre assai esteso da tappare perfettamente la ferita della vescica.

Non può neanche essere sempre facile di operare in modo, che la parete anteriore del Retto formi una valvula, che non si opponga all'uscita dell'orina dalla vescica, e si opponga soltanto all'ingresso delle fecce nella di lei cavità; e infatti nè il Prof. Duputreyn nè gli altri da me citati distinti chirurghi hanno potuto ottenere di evitare questo passaggio.

Vero è per altro, che l'introduzione delle materie stercoracee in vescica non è un' accidente tanto grave, come si potrebbe credere a priori; infatti le osservazioni riportate dal sig. Sanson, quelle del Prof. Barbantini, e del sig. Prof. Geri provano, che gli ammalati possano guarire malgrado questo passaggio. Ma se da queste osservazioni si può concludere, ch' esso non è assolutamente mortale, non provano però, che non sia grave e pericoloso; ed in-

fatti nei malati, nei quali esso ha avuto luogo, si sono sviluppati dei sintomi molto più gravi di quelli, che hanno sofferti i miei operati, nei quali mai ho potuto osservare questo passaggio.

L'inconveniente descritto non è però inerente al metodo di estrar la Pietra per l'intestino Retto, ma bensì al processo operatorio, a cui Sanson sembra dare la preferenza, che è pure quello stato eseguito dal Prof. Duputreyn, e dagli altri valenti Chirurghi, che abbiam citati. Facile è d'evitarlo incidendo l'uretra, la prostata, il collo della vescica, e rispettando il basso fondo di essa. Con questo processo operatorio, l'incisione dell'intestino è al meno un pollice più bassa di quella del collo della vescica. Con questo metodo le pareti dell'incisione del collo della vescica, stando a contatto, non si slontanano che quando passano le orine; con questo metodo, le pareti dell'intestino servono veramente di valvula, che si oppone al passaggio delle materie stercoracee nella vescica. Queste verità sono appoggiate a delle osservazioni, che saranno riportate.

Facendo poi astrazione dai citati vantaggi, egli è certo che il processo operatorio, di cui si parla, è di più facile esecuzione, perchè è molto più semplice di trovare il siringone a traverso le pareti dell'uretra al di qua della prostata, che al di là di essa attraverso le pareti della vescica. Trovato il siringone l'operazione si termina colla più gran facilità, e se fosse vero, come lo pensano alcuni dotti chirurghi, che le ferite del collo della vescica fossero meno pe-

ricolose di quelle del basso fondo, sarebbe anche per questo lato preferibile il processo operatorio di cui parlo.

Sembra ancora, che l'incidere il collo piuttosto che il basso fondo debba essere utile per abbreviare la cura, per rendere più remoto il pericolo delle fistole; e benchè le ferite del basso fondo della vescica possano indubitatamente guarirsi senza lasciar fistola (verità provata dall' osservazione), pure a parità di circostanze pare, che debbano guarirsi più lentamente, perchè le orine passando per esse continuamente potranno ritardare la loro cicatrizzazione più che nelle ferite del collo, ove questo fluido vi passa soltanto per intervalli. Le mie osservazioni vengono in appoggio di questo ragionamento, poichè le guarigioni ottenute da me, sono state più pronte di quelle ottenute dagli altri. Malgrado queste ragioni io non credo che si possa, o che si debba costantemente limitare l' incisione al collo della vescica e alla prostata. Il grandissimo volume del calcolo può determinarci ad estenderla anche al basso fondo della vescica prolungando la già fatta. Il forzare una grossissima Pietra a passare per una ferita di poche linee del collo della vescica, resta difficilissimo per il Chirurgo, dolorosissimo per l' ammalato, può far nascere grave infiammazione, ed in seguito incontinenza d'orina. L'ingrandire la ferita in questi soli casi lo credo ottimo espediente, perchè può farsi senza rischio di emorragia, e vi è solamente la possibilità di vedere passare le fecce in vescica, passaggio da te-

mersi assai meno della soverchia distrazione, e della lacerazione dei labbri della ferita.

Il passaggio delle materie stercoracee dall'intestino in vescica è dunque evitabile cambiando processo operatorio, ma non si evita il passaggio dell'orina dalla vescica nell'intestino nei primi giorni, che succedono all'operazione, finchè la ferita o piaga della vescica non siasi cicatrizzata. Non è per altro questo un inconveniente, perchè perdere l'orina per la ferita del Perineo, o per quella dell'intestino è l'istesso per l'ammalato. Il timore che rimanga una fistola orinaria per l'intestino, che sarebbe incomoda, come qualunque altra, non ha fondamento; non vi è ragione alcuna per credere, che le ferite e piaghe delle parti laterali della porzione membranosa dell'uretra, del collo della vescica, e della prostata possano più difficilmente divenire fistolose di quelle della parte media, ed inferiore di questa medesima membrana, del collo della vescica, e della prostata; e quando anche su questo punto non si voglia ascoltare altro che l'esperienza, le mie osservazioni pongono la questione fuori di dubbio.

Un solo bambino come vedremo è rimasto con una fistola, dalla quale scaturiscono poche gocce di orina, in qualche momento, mentre egli espelle per l'uretra questo fluido. Egli è possibile, che la negligenza della medicatura abbia prodotta questa piccola fistoletta che secondo le apparenze andrà presto a finire; ma quando non fosse così, converrà dire che il taglio Retto-vescicale ha questo inconveniente a

comune anche con i migliori metodi conosciuti, di esporre in qualche raro caso gli ammalati alla fistola orinaria.

DESCRIZIONE DEL PROCESSO OPERATORIO.

Gli strumenti necessarj per eseguire quest'operazione si riducono ad un comune siringone scannellato, un bisturì retto ordinario, le tanaglie, e per qualche caso un bisturì strettissimo retto, guarnito di un piccolo bottoncino olivare nella punta.

Situato l'ammalato come suol farsi nel Grande Apparecchio lateralizzato, assicurato coi lacci, come negli altri metodi, s'introduca in vescica il siringone, indi si confidi ad un ajuto, che abbia cura di tenerlo fermo coll'asta perpendicolare al pube, senza inclinarlo nè a destra nè a sinistra, affinchè la linea media della scannellatura, ossia la parte più profonda di essa, corrisponda alla linea media dell'uretra, ossia al Rafe. Allora il chirurgo prenda il bisturì colla mano destra come per incidere dal di dentro al di fuori, col tagliente, cioè, voltato in alto, il dorso in basso, l'indice e il pollice sul punto di congiunzione della lama col manico dell'istrumento in modo da serrare e l'uno e l'altro. Le cose così disposte, unga il Chirurgo il dito indice della mano sinistra, ed applichi sulla faccia palmare di detto dito una delle facce del bisturì, assai strettamente in modo che il bordo tagliente sia un poco nascosto nella molle superficie del dito, che faccia, per così dire, corpo con lui, e possa insieme con lui essere

introdotto nell'intestino Retto, senza ferir l'ammalato. Prese queste disposizioni, spinga il dito e il bisturì nell' ano con la faccia dorsale del dito rivolta verso il sacro, e la palmare verso la sinfisi del pube, si avanzi per circa dieci o dodici linee, dentro all' intestino retto, poi rispingendo in dietro con questo medesimo dito, la parete posteriore dell' intestino retto, ossia verso il sacro, onde aver più facilità a fare eseguire un cambiamento di posizione alla lama del bisturì; colla mano destra si eseguisca questo cambiamento, che consiste nell' appoggiare il dorso del bisturì alla superficie palmare dell' indice, il tagliente alla parte anteriore dell' intestino Retto, nel voltare le due faccie del coltello una a destra l'altra a sinistra, procurando, che il tagliente dell' istrumento sia precisamènte dirimpetto al Rafe del Perineo. Allora il dito indice, che era stato portato indietro per facilitare il cambiamento di posizione del coltello, si riporti in avanti, e comprima la costa del bisturì, perchè il tagliente, e la punta di esso, s'infiggano nella parete anteriore dell' intestino, mentre con la mano destra ritirando il detto bisturì dall'intestino si coopera all' incisione della parete anteriore dell'intestino, del tessuto cellulare interposto fra esso e l' uretra, e all'incisione dello sfintere esterno, dell'ano, oltre il quale sfintere, l'incisione non deve estendersi più di otto, o nove linee nel Perineo. Fatto questo, che si eseguisce in un istante, il Chirurgo allontani l'indice sinistro dal bisturì, cambi direzione a questo dito, voltando a sinistra la faccia dorsa-

le, a destra la palmare, in alto il bordo, che corrisponde al dito anulare, in basso quello che corrisponde al pollice; cambi pure con un leggerissimo movimento dei diti la posizione del bisturì, che tiene nella destra, senza però posarlo e senza soccorso d'ajuti, voltando il tagliente, che era diretto contro l'operatore ed in alto, in senso diametralmente opposto. Eseguiti questi facilissimi e prontissimi movimenti, cambiata così la direzione dell'indice e della mano sinistra, e del bisturì, introduca il Chirurgo precisamente al di là dell'inciso sfintere, l'indice nella ferita già eseguita, in quella attitudine che abbiamo descritto, e cerchi con l'unghia (che il chirurgo deve sempre aver lunga quando eseguisce quest'operazione) la scannellatura del siringone a traverso le pareti dell'uretra. Trovata la scannellatura porti con la destra il suo bisturì sopra l'unghia dell'indice sinistro, col dorso in alto, il tagliente in basso, incida la parete dell'uretra; entri colla punta del bisturì e con l'unghia nella scannellatura del siringone tenuto fisso dall'ajuto nella descritta situazione. Spinga poi innanzi colla destra il bisturì fino in vescica seguendo la scannellatura del siringone, ed incida il collo di questa vescica, la prostata più o meno ampiamente, secondo l'idee che si sarà formate del volume e della forma della Pietra. E siccome siamo molto soggetti ad errare in questo giudizio, credo bene di tener la ferita del collo e della prostata piuttosto piccola, potendo con estrema facilità ingrandirla in seguito. Fatta

quest'incisione s' introduca per essa il dito indice seguitando la guida del siringone fino in vescica. Il siringone diventa inutile affatto a quest' epoca, e si fà estrarre. Col dito si giudica dell'ampiezza della ferita, si giudica meglio di quello che si era potuto fare innanzi del volume e della forma della Pietra; dietro questo esame si determina d'ingrandire l'incisione, o di conservarla tal quale è. Se si crede necessario d' ingrandirla, il primo bisturì che ci ha serviti fino a quì, introdotto di nuovo colla scorta del dito indice, potrebbe servirci ancora; ma siccome la punta del bisturì ordinario forse imbarazzerebbe il Chirurgo, e potrebbe esporlo al rischio di pungersi, siccome la punta una volta introdotta in vescica, se non fosse guidata da mano espertissima, potrebbe offendere le pareti di quest' organo, si usi in questi casi lo stretto bisturì bottonato, col quale si evita con sicurezza il primo ed il secondo inconveniente. Sul dito s' introduce la tanaglia; tutte le guide, tutti i Gorgeret immaginati per condurre la tanaglia in vescica, sono istrumenti perfettamente inutili, i quali altro non fanno, che rendere l'operazione un poco più lunga, un poco più complicata, mai più sicura, e sono superflui in questo come in tutti gli altri metodi di estrar la Pietra. Arrivati a questo punto nulla ho da aggiungere, ed il chirurgo deve ricordarsi di tutte le regole che sono state fissate, per prendere e per estrarre la Pietra.

Mi crederei anche dispensato dall' entrare in dettagli relativamente alla medicatura, s' io non sa-

pessi, che disgraziatamente non pochi Chirurghi della mia nazione ritengono ancora l' uso funesto di applicare apparecchj e medicature dopo l' operazione della Pietra. Questo uso sarebbe dannoso nel taglio Retto-vescicale, come lo è in tutti gli altri metodi. Non vi sono che degl' invecchiati e radicatissimi pregiudizj, che possano oscurar la ragione in modo da non lasciar vedere, che le fila poste nel tragitto della ferita producono un inutil dolore nell' introdurle, irritano colla loro presenza una ferita sensibilissima, già troppo disposta ad infiammarsi; tale irritazione si deve non solo alle loro qualità meccaniche, ma anche alle chimiche, perchè l'orine, di cui tosto s'imbevono gli apparecchj, si alterano e diventano più stimolanti. Fatto astrazione da questi gravi inconvenienti, è chiaro che la presenza delle fila, tenendo discosti i bordi d'una ferita, che si dovrebbero anzi tenere a contatto, ritarda sempre, o si oppone alla di lei pronta e facile cicatrizzazione. Simili ragionamenti non hanno bisogno di fatti in appoggio; ma se vogliamo consultare l' esperienza, noi troveremo, che a parità di circostanze i malati che hanno subìto la medicatura dopo l' operazione, guariscono assai più tardi degli altri. Io dimanderò a quei Chirurghi, che sono in uso di applicare apparecchj dopo l' operazione, se hanno mai veduto i loro malati guarire in sei o sette giorni, come ne offre qualche esempio la pratica di alcuni Chirurghi e la mia, e se i loro malati guariscono spesso prima del 25.° giorno, se di rado oltrepassano il mese.

Non solo io disapprovo l'ordinaria medicatura, che solea farsi da alcuni dopo l'ordinarj metodi di operare la Pietra, ma quella stessa proposta dal sig. Sanson. Questa consiste nell' introdurre poche fila fra i labbri della ferita dello sfintere dell'ano, affinchè essa non si cicatrizzi prima del rimanente, ed offra qualche ostacolo al passaggio delle fecce fluide, le quali trattenute così potrebbero risalire in vescica. Una tale medicatura non è capace certamente di produr gravi sconcerti, perchè non agisce che sulla minima parte della ferita, e sulla meno importante, ma è perfettamente inutile, giacchè l'esperienza mi ha costantemente dimostrato, che la cicatrice della piaga in quel dato punto si fa più tardi, che in tutti gli altri, benchè non si prendano precauzioni e misure per opporsi alla di lei cicatrizzazione; onde la medicatura chirurgica dee ridursi alla semplice pulizia, lavando con acqua tepida parecchie volte il giorno l'ano, e quella piccola porzione di ferita, che si presenta al Perineo per liberarla dalle fecce e dalle orine, che possono irritarla.

Cessano dunque a quest'epoca le funzioni del Chirurgo, e principiano quelle del Medico. Questi deve impiegar tutti i mezzi, che l'arte gli somministra, per combattere il forte dolore, che il malato risente in una ferita di parti così sensibili, stata irritata dall'introduzione del dito, delle tanaglie, e dal passaggio della Pietra, che può aver malmenata la di lei superficie o col suo volume, o colle sue scabrosità.

Niun rimedio sodisfa meglio a quest' indicazione dell' oppio (la di cui maniera d' agire è arcana, come quella della massima parte dei rimedj, che che ne pensino uomini di sommo valore). Con questa sostanza data a dosi deboli o generose secondo le circostanze, si ha spesso la consolazione di vedere ammansirsi il dolore in poco tempo. Questo non è per altro il solo presidio da mettersi in uso; le bevande acquose copiosissime, e mucillaginose, o l'acqua pura, se il luogo ne offre della buona, sono benissimo indicate per diluire le orine, e renderle meno capaci d'irritare. Di somma utilità sono le applicazioni delle mignatte intorno all'ano; e nelle persone robuste e pletoriche anche i copiosi salassi generali, perchè gli ammalati in questo modo di operare perdono pochissimo sangue, ed è utile assai di scemare la quantità di questo fluido in coloro, nei quali esiste una causa d' infiammazione sì potente, che dee più o meno prontamente farla nascere o sviluppare.

Per le medesime ragioni è necessaria una strettissima dieta fino a che il pericolo dell' infiammazione non è passato. Nuove cavate di sangue, nuove applicazioni di mignatte all' ano e sopra il pube possono convenire, se malgrado i compensi adoprati sul principio, l'infiammazione si sviluppa con forza. Le fomente tepide ammollienti sul ventre, il bagno tepido generale possono pure convenire, quando il ventre si fa doloroso; e non deve trascurarsi di mantener lubrico il corpo coi blandi purganti oleosi;

in una parola convien tentare di prevenire, o almeno di rendere mitissima l'infiammazione, o di combatterla quando è troppo violenta.

Passato il pericolo dell'infiammazióne, e stabilita la suppurazione nella piaga, è necessario di principiare a toccarla con la pietra infernale per tutto quel tratto, che corrisponde all'incisione dell'intestino, ed in quella porzione, che rimane nel perineo, cosa che si fà con molta facilità slargando un poco l'ano, ed introducendo in esso il cannello della pietra infernale, in modo però da toccare semplicemente quella porzione della parete anteriore dove è la piaga (1). Questa pratica serve mirabilmente ad accelerare la cicatrizzazione, ed il solo dei miei operati, che non è prontamente guarito, è quello in cui la pietra infernale non fu da principio usata, perchè io dovetti lasciare il mio Spedale per qualche tempo, e il giovane Chirurgo incaricato della cura di questo malato, non ardì di mettere sollecitamente in opra un rimedio, che gli sembrò troppo azzardoso.

Le medesime ragioni per le quali ho preferito

(1) È facilissimo di toccare solamente la piaga con la pietra infernale senza offendere il rimanente dell'intestino. Questo si ottiene rinchiudendo in un tubetto di legno, che presenti in una delle sue estremità un cul di sacco di qualche linea, un cilindretto di pietra infernale il quale sia ricoperto dalle pareti del tubetto, meno che in uno spazio di circa una linea di larghezza, ed un pollice di lunghezza. Questo tubetto così disposto s'introduce nell'intestino procurando di fare corrispondere all'impiagamento il punto, ove la pietra infernale si presenta non ricoperta dalle pareti del tubo.

il taglio Retto-vescicale nell'uomo, militano in favore del taglio Vagino-vescicale nella donna.

La sicurezza di evitare l'arteria pudenda, la certezza di estrarre le pietre voluminose senza incontrare ostacoli nelle ossa della pelvi, la probabilità di evitare l'incontinenza di orina o lo stravaso di questo fluido, non s'incontrano che nell'indicato modo d'incidere.

In fatti la graduata dilatazione dell'uretra, e del collo della vescica, oltre all'essere più lunga, ed in ultima analisi più dolorosa dell'incisione di queste parti, porta seco quasi costantemente l'incontinenza di orina, e non permette l'estrazione che delle pietre di mediocre volume, per l'ostacolo che offrono alle molto grandi le branche del pube.

Il taglio laterale dell'uretra, che scorre fra la vagina e una delle branche del pube, oltre l'esporre alla lesione della pudenda non offre un sufficiente spazio alle grossissime pietre per la solita ragione, e lascia spesso l'incontinenza di orina. Con la doppia incisione dell'uretra non si evita che di rado l'incontinenza di orina, mai la difficoltà di estrarre le grosse pietre, perche nasce dalle ossa.

Con l'incisione proposta ed eseguita dal dotto mio amico e maestro il chiarissimo Professore Antonio Dubois (con la quale si evita senza dubbio di ferire la pudenda e la vagina), le pietre un poco grosse si estraggono molto difficilmente per il limitato spazio che lasciano fra loro le branche del pube, e l'incontinenza di orina non si evita più spesso che con li altri due modi d'incidere.

L'Alto apparecchio, con cui si scansa il pericolo di offendere i grossi vasi, l'incontinenza di orina, e col quale si estraggono i calcoli più voluminosi, ha tutti l'importanti inconvenienti di cui abbiamo altrove parlato.

Il taglio Vagino-vescicale non deve come nell'uomo interessare una porzione dell'uretra, il collo della vescica, e rispettare il basso fondo di detta vescica. L'incisione dell'uretra, e del collo, che viene ad essere slargata dal passaggio del dito, della tanaglia, e della Pietra, darebbe probabilmente origine all'incontinenza di orina, come negli altri metodi. Il taglio del basso fondo non è da temersi in queste circostanze, perchè non vi è in questo caso il rischio come nell'uomo di vedere passare le fecce in vescica.

Nè parmi che debba temersi la fistola orinaria dopo le osservazioni, che si conoscono su questa materia.

Io però non parlo del taglio Vagino-vescicale dietro la mia propria esperienza. La Pietra è una malattia assai rara nelle donne, e da che conosco il metodo indicato una sola femina mi si è presentata con la Pietra. Una particolare circostanza mi trattenne dall'operarla col taglio Vagino-vescicale. Essa era gravida, e siccome delle circostanze imperiose mi obbligavano ad operare, non ardii di penetrare in vescica per la via della vagina, temendo che il sangue, o i lochi mi passassero in vescica, se l'aborto fosse stato la conseguenza della mia operazione. Preferii per questo il metodo di Du Bois.

ISTORIE

Delle Operazioni di Pietra eseguite dal Professore Vaccà nella sua Clinica del 1820. redatte dai giovani addetti alla Clinica Chirurgica dell' Università.

ISTORIA PRIMA.

Sebastiano Castellacci di Livorno, d'anni settanta, originariamente di buona costituzione, ma da lunghi patimenti emaciato ed indebolito, cominciò ventiquattro anni sono a soffrire qualche molestia nella espulsione dell'orine, e particolarmente un senso di bruciore in vicinanza della prostata. Quest'incomodi l'obbligarono a chiamare in suo ajuto un Chirurgo, il quale avendolo esplorato colla siringa, potè riscontrare l'esistenza di un leggero ristringimento di uretra in vicinanza del collo della vescica; pel che gli consigliò l'uso delle candelette di gomma elastica: e difatti tutte le volte che l'incomodi si facevano maggiori al Castellacci, egli ritraeva dalle medesime manifesti vantaggi. Quindi dopo non molti anni si accorse che nelle sue orine esisteva un sedimento terroso; e fatta in seguito più attenzione alle medesime ebbe luogo di riscontrarvi per replicate volte una quantità di piccoli calcoletti. Nel Decembre dell'anno 1819. essendo aumentati li sconcerti all'infermo, fu costretto ricorrere al Chirurgo, il quale dopo alcuni tentativi potè penetrare colla siringa in vescica, e per mezzo di questa riscontrò la presenza di una Pietra nella

cavità della medesima. Nel Febbrajo dell'anno seguente convinto il Castellacci che senza sottoporsi ad un'operazione chirurgica, esso non avrebbe mai potuto vincere i mali cagionati dalla Pietra, pensò di portarsi in questo Spedale, dove fu ricevuto la mattina del dì due del medesimo mese nella Clinica del Sig. Professore Vaccà.

Dietro all'esame fatto all'infermo dal predetto Sig. Clinico nella mattina del dì tre Febbrajo, fu riconosciuto che non potea l'ammalato orinare a pien canale, veniva invece l'orina a sprillo biforcato, e con dell'intervalli, soffriva di tanto in tanto dei dolori alla vescica orinaria, ed ai reni, con un senso di bruciore all'orifizio dell'uretra. Si rilevò inoltre, che il moto eseguito in legno faceva aumentare i dolori della vescica, e che in questo esercizio aumentavasi pure la secrezione del muccoso sedimento osservato costantemente nella di lui orina.

L'esistenza di tutti i segni razionali faceano sospettare una Pietra in vescica, ma non poteva il nostro Professore determinarsi all'operazione senza prima eseguire col catetere la nota esplorazione. L'uretra ristretta in vicinanza della prostata non permise che il catetere penetrasse in vescica, ed obbligò l'operatore a valersi invece di una siringa di picciol diametro, colla quale potè ottenere l'intento e si accertò dell'esistenza del sospettato calcolo. Fu confermata inoltre la di lui diagnosi, mediante l'introduzione dell'indice nell'Intestino Retto.

Si occupò in primo luogo di vincere il ristringi-

mento dell'uretra, che si opponeva all'introduzion di un siringone di giusto calibro. Fu per questo indicato l'uso delle candelette di gomma elastica; ma riuscendo insopportabile all'infermo l'azione di quella, che gli fu introdotta, se ne dovette sospendere l'uso, e per calmare i dolori che ne erano derivati furon dati due grani d'estratto gommoso d'oppio. La mattina seguente venne prescritto all'infermo un semicupio; e quindi gli fu introdotta una nuova siringa di gomma elastica di mediocre grossezza: la sera fu dato il solito oppio. Il dì 5. lo passò assai bene. La mattina del dì 6. gli venne amministrato un purgante di cremor di tartaro, conforme alla pratica seguìta nella nostra scuola, allorchè si tratta di eseguire delle grandi operazioni. È da osservarsi che la notte di questo giorno fu per l'ammalato assai inquieta, soffrì acuti dolori al basso ventre, e alla vescica, dolori derivanti forse dall'azione del purgante, e dalla presenza della siringa nell'uretra.

La mattina del dì 7. previo il solito lavativo per nettare dalle fecce il Retto fu eseguita l'operazione per la via di questo intestino. Il taglio riuscì facilissimo, ma l'estrazione della Pietra fu sommamente difficile, lunga, e laboriosissima. La Pietra avea la forma di un'assai lungo cilindro; delle due estremità una era volta verso un'ischio, l'altra verso l'altro ischio. Nè col dito, nè col bottone, nè col cucchiajo, non riuscì mai di cambiare la posizione di questa Pietra, ed in quella posizione ogni sforzo per estrarla riusciva inutile, penoso, e pericoloso. Il Professore

si decise, vista l'inutilità di tutti i fatti tentativi, di mettere la Pietra in pezzi. Resultarono tre grossi frammenti dalla frattura, che furono estratti uno dopo l'altro. La Pietra era scabra, ma non molto dura; uno dei frammenti portava in un punto della sua superficie alcuni avanzi di membrana e filamenti poco resistenti, ed aderenti ad essa. Questa ultima circostanza fece supporre al Professore, che la Pietra fosse stata aderente alla vescica. Immediatamente dopo l'eseguita operazione fu injettata molta acqua tepida nella vescica, per togliere dalla medesima quei frammenti calcolosi che vi potessero essere restati.

Subito che l'infermo fu posto in letto, siccome avea perduto pochissimo sangue e sofferto moltissimo, gli furono applicate dodici mignatte, quattro delle quali al pube, le altre otto al Perineo: inoltre vennero prescritte 20. gocce di Laudano liquido, raccomandate le fomente amollienti alla regione ipogastrica, la dieta strettissima, le copiose bevande acquose. Sotto questi mezzi il dolore intenso presto si calmò. La sera dello stesso giorno era mite, poco ne esisteva al pube, la febbre comparve, ma non molto intensa. Le orine fluirono per la massima parte per la ferita, poche ne passarono per il membro, queste non furono mai combinate con materie fecali. La mattina del dì 8. la febbre si manteneva la stessa, il dolore al pube si era un poco aumentato, ed era comparsa inoltre nel medesimo luogo una leggera tensione; l'orine al solito; si continuarono le solite bevande, le fomente, la dieta. Il dì

9. la febbre fu un poco più risentita; la tumefazione e il dolore continuarono nel medesimo grado del giorno innanzi; la lingua si fece asciutta, ed il volto comparve molto abbattuto. Nella notte crebbe il dolore, e la tumefazione al pube: ebbe inoltre due mosse ventrali di materie liquide. Il dì 10. il nostro Professore riscontrò, che la tumefazione al pube era aumentata; l'ammalato si lagnava di un dolore che si estendeva dalla regione ipogastrica fino alla fossa iliaca sinistra; i polsi erano frequenti e piccoli; le di lui facoltà intellettuali cominciavano ad essere attaccate. Prescrisse il Clinico altre mignatte da applicarsi alla fossa iliaca sinistra, ed al Perineo. Nella mattina medesima ebbe l'infermo una mossa ventrale, ma senza sollievo; anzi tutti i sintomi si esacerbarono, e minacciarono una vicina morte: vennero poche e torbide orine dall'uretra non però miste a materie fecali. Nel corso del giorno tutti i sintomi si aggravarono e la sera a ore sei l'infermo cessò di vivere.

SEZIONE CADAVERICA.

Aperta la cavità del basso ventre vi si osservò un leggiero stravaso di siero. Il Peritoneo infiammato fino alla distanza di quattro dita trasverse dall'alto fondo della vescica. L'Ileo e il Colon sinistro aderenti al peritoneo, in un punto, e nel punto dell'aderenza leggermente infiammati. Il Rene destro sano, mentre il sinistro era palesemente infiammato. La cellulare che unisce la parte anteriore della vescica al

pube era ingorgata ed inzuppata di un siero puriforme. Fatto il taglio dell' alto fondo di questo viscere, si riscontrarono le di lui pareti molto ingrossate; del siero puriforme fra la membrana muscolare ed il Peritoneo; la membrana interna gangrenata presentava nella sua parte laterale sinistra alcune brigliette, che contenevano piccolissimi frammenti della Pietra; in questo punto sembra ch'essa vi fosse stata aderente. La ferita pure presentava un aspetto gangrenoso. Il fegato era voluminosissimo, ed occupava una gran parte dell'ipocondrio sinistro, gli altri visceri non presentarono alcuna cosa rimarchevole.

D. Placido Martini

ISTORIA SECONDA.

La mattina del dì 3. Maggio 1820. nell' ora in cui il Professor Vaccà fa le sue lezioni di Clinica nel Regio Spedale di Pisa, fù presentato il Giovinetto Michele Micheletti di Lucca di anni cinque, figlio di contadino, Fanciullo piuttosto vivace, e pieno di robustezza. Il Padre ch'era in sua compagnia descrisse l' incomodi che il di lui figlio soffriva da circa tre anni, e questi fecero congetturare ch'esistesse la Pietra in vescica; ma siccome è noto che tutti i segni razionali della Pietra sono incerti, il Professore per dissipare ogni dubbio ricorse alla siringa; introdusse un piccolo siringone d' acciajo in vessica, e fatti alcuni movimenti si assicurò della esistenza

del calcolo. Fu allora deciso di sottoporre il bambino all'operazione il giorno di poi, perchè non esistevano segni di complicazioni con altre malattie, e tutte le circostanze erano favorevoli. In conseguenza di tale risoluzione ordinò dieta, e per subito cremor di tartaro oncia mezza, che gli portò diverse evacuazioni.

La mattina del dì 4. all'ore sette fù dato al bambino un lavativo composto per render più pulito che fosse possibile l'intestino Retto; dietro questo si ottenne pure una forte evacuazione, dopo la quale il nostro Maestro immediatamente passò all' operazione col metodo ch'egli ha descritto. L'incisione, e l'estrazione della Pietra riuscirono prontissime, e facilissime. Nonostante furono immediatamente applicate sei mignatte all'ano, e date quattro gocce di Laudano unitamente ad un poco di acqua, con la solita mira del nostro Professore, di calmare il dolore e diminuire la massa del sangue, onde tentare di rendere meno intensa l'infiammazione consecutiva. Fu prescritta strettissima dieta, bevande copiose, e poche morbide fila furono introdotte fra i labbri dell'incisione dello sfintere, le quali però vennero tolte dopo poche ore, perchè molestavano l'ammalato, ed ogni momento uscivano di posto, trasportate dall' orine che passavano da quella parte. All'ore due pomeridiane i polsi si fecero un poco frequenti e febrili: verso le ore quattro il bambino accusò qualche dolore che l'inquietava interrottamente alla regione ipogastrica, ed il basso ventre si meteorizzò leggermente. Gli fu-

rono applicate subito altre quattro mignatte al pube e fatte fomente continue tepide d'acqua di malva al basso ventre. Sotto questi rimedi, o spontaneamente cessò del tutto il dolore e svanì il meteorismo. Intanto le orine colarono in totalità e in gran copia dalla ferita, il calore febrile diminuì, diminuì la frequenza del polso. Due soli cucchiai di semolino furono il cibo dell' operato, bevve moltissima acqua pura. Passò quieto ed immerso in profondo sonno tutta la notte.

La mattina del dì 5. il Professore trovò il bambino in ottimo stato, cioè senza febbre, senza meteorismo, senza dolore. Fu prescritta la solita dieta, la solita bevanda; ad un' ora pomeridiana ritornò la febbre un poco maggiore del giorno antecedente, si riaffacciò il meteorismo che svanì sotto l'uso delle fomente, e dietro due mosse di materie fecali sciolte e giallastre. Le orine seguitarono a colare in abbondanza ed in totalità dalla ferita; poco nutrimento al solito, e molta bevanda; passò bene la notte. La mattina del dì sei si trovò quasi apiretico, disse di avere appetito, e gli fu accordato un poco più di semolino. La febbre rimesse al solito tra il tocco e le due pomeridiane ma senza meteorismo, senza dolore al basso ventre. Le orine seguitarono in abbondanza a colare dalla ferita, nella notte non fuvvi niente di rimarchevole.

Il dì 7. la febbre fu maggiore, ma il basso ventre si riscontrò molle ed indolente in tutti i punti an-

che all'ipogastro, la lingua umida e non coperta di patina; non si cambiò metodo curativo; nella notte andò due volte del corpo fecce sciolte, giallastre, nelle quali si trovò un verme assai lungo della specie dei lombricoidi. La mattina del dì 8. il Clinico trovò il suo operato in uno stato di somma tranquillità, i polsi appena frequenti, il basso ventre nulla meteorizzato, e affatto indolente sotto la pressione della mano; la piaga assai vermiglia ed in ottimo stato; da questa le orine colavano al solito in totalità ed in abbondanza; tutto finalmente prometteva un' esito felicissimo; ma siccome vi era ancora da temere di un' affezione verminosa, perchè il bambino accusava un poco di prurito al naso, e molto più perchè aveva evacuato un lombrico nella notte, furono amministrati tre grani di calomelanos. La febbre presso a poco all'istessa ora ritornò, però più piccola; ebbe diverse evacuazioni di materie fecali sciolte nel resto della giornata, l'appetito si accrebbe. Gli si aumentò un poco il vitto consistente nel solito semolino. La guardia che l' assisteva ci disse di avergli veduto colare dal membro quattro o cinque goccie d'orina; la notte fu quieta.

La mattina del dì 9. fu trovato come nel giorno precedente, aveva avuto una nuova mossa di corpo con un lombrico; fu prescritto nuovamente il calomelanos. L' istesso giorno nell' andare di corpo rese di nuovo un verme simile al precedente. Gli furono dati altri tre grani di calomelanos; all' ore quattro ritornò la febbre, e benchè leggerissima fù accompagnata

da un poco di meteorismo, senza però nessun dolore; il meteorismo cessò dopo alcune ore; a quest'epoca il bambino cominciò a lagnarsi, quando passavano le orine dalla ferita, di un forte frizzore; dopo questo giorno il Professor Vaccà essendo obbligato a portarsi fuori di Toscana, l'operato fu affidato alla mia cura, ed ecco ciò che seguitai ad osservare. Il meteorismo non doloroso del basso ventre seguitò quanto la febbre, la mattina non esisteva, nel ritornare della febbre si riaffacciava. La lingua si mantenne sempre in buono stato. La febbre piccolissima seguitò fino all'undecimo giorno dopo l'operazione, diminuendo ogni giorno di forza. Il dodicesimo giorno, ossia il dì 16. Maggio dietro un piccolo sforzo nell'andar di corpo, sentì il bambino del prurito al membro, e quindi sortirono alcune gocce d'orina limpida per l'uretra, seguitarono però le orine a colare dalla ferita per la massima parte e solamente qualche goccia veniva dal membro quando faceva di corpo. Non si era mai in tutti i giorni cessato di lavare continuamente con una fine spugna il perineo, la ferita e l'ano dell'operato.

I bordi della piaga che rimaneva fuori dell'intestino si erano detumefatti, ed in conseguenza la medesima sembrava diminuita di un terzo della di lei estensione, e si avvicinava alla cicatrizzazione; e siccome i detti bordi sembravano un poco languidi vi fu passata leggermente sopra la pietra infernale.

Con queste lusinghiere apparenze, si permise al bambino, oltre il solito semolino ch'era stato già

portato a discreta dose, di nutrirsi un poco più, e gli fù accordata prima la mezza dieta, e poco dopo il tutto vitto.

Le orine seguitavano a colare dalla ferita in gran copia, dal membro ne uscivano sempre un poco più, ma specialmente nel tempo in cui faceva di corpo; furono raccolte queste orine che venivano dall'uretra in un vaso di vetro e si riscontrarono sempre limpidissime. Si giunse così, avendo passato alcune volte la pietra infernale sopra la piaga esterna, al dì 26. Maggio, ventiduesimo giorno dell'operazione, ed a quest'epoca incominciò a passeggiar per la stanza.

Si trattenne il detto operato nel nostro Spedale fino al dì 20. Giugno; le orine nell' atto che l'espelleva seguitavano a colare in parte dalla ferita, però in più piccola quantità e sempre limpidissime. A quell' epoca egli partì dallo Spedale, e abbiamo saputo poi che il suo stato non è cambiato.

D. Orlandi.

P. S.

Il Professore persuaso che la fistola rimasta in questo caso sia nata dal non avere io osato di toccare con la pietra la piaga dell' intestino retto, ha fatto ritornare il bambino nella sua Clinica quest' anno nel mese di Aprile, lo ha sottoposto a replicate ustioni di pietra infernale, ed in questo giorno 24. Aprile, egli è in tale stato da fare sperare che in brevissimo tempo sarà completamente guarito.

Attualmente getta di rado più di 4. o 6. gocce di orina dalla fistola, mentre ne passano alcune once dall' uretra.

ISTORIA TERZA.

Giovanni Zanelli di S. Terenzio, contadino di professione, di aspetto cachettico, in età di 38. anni si presentò in questo nostro Ospedale di Pisa il dì 15. Luglio 1820. Egli nel fare l' istoria di quello che avea sofferto e che soffriva descrisse tutti i segni razionali dal calcolo in vessica; cioè vivo dolore all' imo ipogastro, che gli corrispondeva al glande, che si esacerbava dopo avere orinato, nel camminare, e molto più nel moto in barroccio, vettura sommamente sbalzante. In cotesta occasione, soffriva frequenti stimoli di orinare; le orine divenivano muccose e sanguinolente; di più l'ammalato asseriva di avere spesso osservato mentre orinava a pieno canale, arrestarsi ad un tratto il corso delle orine, come se un corpo tappasse l'uretra, e ricominciare poi a colare liberamente cambiando soltanto di posizione.

Dalle interrogazioni fatte all'ammalato per sapere da quanto tempo soffriva questi incomodi, si rilevò che fin dal Marzo 1818. egli avea principiato a soffrire un dolore al rene destro, da primo leggiero, che in seguito si accrebbe gradatamente fino al decimo quinto giorno, che in questo spazio di tempo avea avuta una leggiera ematuria, con febbre d'indole inflammatoria, della quale fù curato da un suo

Medico con le regole dell'arte; che il sedicesimo giorno il dolore al rene aveva cominciato a diminuire; e quasi contemporaneamente si erano affacciati dei dolori alla vescica, prudore al glande ec.; la somma dei sopraccennati sintomi lasciava poco dubbio sull'esistenza del calcolo in vescica; ciò non ostante per essere sicuri, si siringò l'infermo, e fù subito riscontrata la Pietra.

Assicurati della natura della malattìa il nostro Clinico non si decise subito per l'operazione, facendoci notare che lo stato della vescica non parea che lo permettesse in quel momento.

Infatti i dolori si erano esacerbati grandemente nel viaggio di cinquanta miglia che avea fatto sopra un durissimo barroccio. Dietro questa causa era sopraggiunta la febbre, le orine si erano orribilmente caricate di sangue, e di mucco; il mucco presentava tali alterazioni, che parea marcia; i dolori non si limitavano alla vescica e si estendevano al rene. Il Professore si propose di combattere, prima d'accingersi all' operazione, tutti quelli sconcerti ch' erano sopraggiunti dopo il penoso viaggio. Prescrisse per questo il perfetto riposo in letto, una stretta dieta, quindi un bagno tepido mattina e sera, delle limonate lunghe, delle fomente emollienti al basso ventre, e finalmente un calmante composto di Laud. liq. e d'acqua di cedro semplice; non si osò ricorrere alla sanguigna per l'estremo languore delle forze. Questi soccorsi gli furon dati per quattro giorni consecutivi senza ottenere miglioramento alcuno; anzi al

quinto giorno si affacciò una forte dissenteria per la quale l'ammalato ebbe 18. o 20. mosse al giorno, mucose, e sanguigne. I blandi purganti, le bevande mucillaginose, i lavativi dell'istessa natura, furono amministrati senza vantaggio. Si ricorse di nuovo alle preparazioni oppiate; ed alla radica di columbo per bocca e per lavativo. La dissenteria, la febbre e tutti gli altri sconcerti si mostrarono ribelli alle risorse dell'arte per cinque giorni, e si cominciò a temere per la vita dell'ammalato; ma nel decimo giorno finalmente non so se per opera dei medicamenti, o della natura, la dissenteria diminuì alquanto, i dolori, la febbre furono più leggieri, e le orine meno cariche di mucco e di sangue.

Il duodecimo l'evacuazioni alvine divennero meno frequenti, benchè sette, o otto nella giornata, però non più sanguigne e un poco meno fluide. Le orine sempre cruente, sempre cariche di mucco corrotto; la febbre esisteva ancora benchè meno intensa; i dolori nell'espellere le orine erano sempre tali da costringere l'infelice ammalato a gettare le più alte strida.

In questo stato di cose sembrava a tutti imprudente l'azzardare l'operazione, ma le forze dell'ammalato erano quasi estinte, egli ricusava di nutrirsi, chiedeva a mani giunte l'operazione. Il Clinico si decise ad eseguirla facendo riflettere, che questo azzardoso compenso era forse il solo, che potesse tentarsi per salvare l'ammalato, assicurandoci che la dissenteria, la diarrea, le orine sanguigne e puriformi potevano nascere dalla sola gravissima irritazione fat-

ta alla vescica dalla presenza del calcolo, e che in questa ipotesi il modo più sicuro di fare cessare tutti gli sconcerti, era quello di estrarre il calcolo. L'operazione fu eseguita previo il solito lavativo, fu incisa come nei casi precedenti la parte membranosa dell' uretra, il collo della vescica, e la prostata, riescì facilissima l'incisione, e l'estrazione della pietra.

Il calcolo estratto era della grossezza di un voluminoso uovo di piccione, di superficie alquanto scabra; l'ammalato nel tempo dell'operazione non mostrò di soffrir molto, non perdè che poche gocce di sangue; fu posto a letto senza alcuna medicatura; fu prescritta dieta, copiosa bevanda acquosa. e XX. goc. di Laud. per calmare il dolore. Il giorno dell'operazione la febbre fu meno risentita di quella del giorno innanzi. Le mosse del corpo furono fluide al solito, ma assai più rare; le orine vennero quasi tutte dal taglio, alcune poche dal membro, e sempre scevre di materie fecali. L' ammalato assicurò di trovarsi assai meglio del giorno precedente. Il giorno susseguente era apiretico, verso le otto della sera però fù assalito da una febbre mediocre, con tensione, e dolore al basso ventre, che gli durò dodici ore circa, per cui ai soliti rimedi si aggiunsero delle fomente, e otto mignatte all' ipogastrio malgrado la, somma debolezza. L' evacuazioni fecali erano molto diminuite, e le orine che per la tumefazione dei bordi della ferita venivano parte dal taglio, e parte dal membro, comparvero meno cariche di muc-

co e di sangue. Il terzo giorno l'ammalato andò di corpo una sola volta delle materie alquanto dense ma non figurate, in mezzo alle quali si trovò un lombrico. Il dolore del Rene, della vescica era molto diminuito; le orine passavano in gran parte dalla ferita. Il quarto detumefacendosi gradatamente i bordi della ferita, le orine passarono quasi tutte dal taglio, e pochissime goccie dal membro. Il quinto la sciolta di ventre era affatto cessata, il dolore alla vescica lo sentiva solamente nel tempo che orinava, le orine venivano tutte dal taglio. Il sesto e il settimo le orine vennero sempre dal taglio. L'ottavo ne incominciarono a venire poche goccie dal membro, che andarono sempre più aumentando, in modo che il quindicesimo l' ammalato orinando mentre era in posizione orizzontale, le orine non venivano punto dalla ferita; se però orinava all'impiedi, ve ne passava qualche goccia. Il sedici l'ammalato fù assalito da un leggiero edema all'estremità inferiori, ed al viso senza poterne rintracciare la causa; gli si prescrissero delle frizioni d'acqua vite canforata da farsi sulle parti adematose, da ripetersi diverse volte nel giorno. Il diciotto le orine vennero tutte dal membro, anche orinando all'impiedi. Il venticinque la ferita era quasi totalmente cicatrizzata, l'edema però non era anche vinto. Il dì trenta Agosto fù finalmente licenziato dall'Ospedale perfettamente guarito di tutto.

N. B. Il quinto giorno s'incominciò a toccare

colla pietra infernale l'incisione in tutta la sua estensione.

Vincenzo di Giuseppe

ISTORIA QUARTA.

Francesco Donati, contadino di professione, in età di 74. anni, di costituzione molto robusta, fin dall'anno 1816. principiò a soffrire qualche leggiero dolore alla vescica, un prudore al membro, e di tanto in tanto della difficoltà d'orinare.

Il 10. Luglio si portò in questo Ospedale, dove visitato dal Chirurgo di turno si sospettò dietro i sintomi che fosse attaccato da calcolo in vescica; per assicurarsene, fù siringato ma inutilmente, giacchè non fù possibile di poterlo riscontrare. Nei giorni consecutivi finalmente dopo ripetuti tentativi il calcolo fù chiaramente sentito.

Fattone consapevole il Professore Vaccà, sentì anche egli la Pietra, si decise di sottoporlo all'operazione che fu unitamente alla precedente eseguita il dì 1. Agosto. Il giorno antecedente all'operazione gli fù dato un oncia di cremor di tartaro per purgarlo, e poco tempo prima dell'operazione gli fu amministrato un lavativo semplice.

Le condizioni di questo individuo sembravano (meno l'età) tutte favorevolissime, era ben nutrito, le orine non erano sospette, non avea mai febbre.

Anche questo fù operato coll'istesso metodo del primo; l'operazione però non fù eseguita con tan-

ta celerità, perchè introdotta la tanaglia in vescica, invece di trovare un calcolo, ne furono sentiti molti, per lo che bisognò ripetute volte introdurre una tanaglia di cucchiaj alquanto larghi, per così estrarli tutti più presto.

I calcoletti, che ascesero al numero di cinquanta circa, erano tutti della medesima figura, colore e consistenza, ma di diversa grossezza, mentre se ne osservavano dei grossi, come una piccola nocciola, e di quelli della grossezza di un pisello; unitamente a questi calcoletti fù parimente estratta una piccola ciste peduncolata, che conteneva un umore limpido.

Appena rimesso l'operato in letto, gli fu prescritto goc. XX. di laud. liq. in onc. due d'acqua di cedro, otto mignatte al Perineo, una severa dieta, copiosa bevanda. Il giorno dell'operazione verso la sera gli venne una febbre alquanto forte con dolore, e tensione al bassoventre, per cui gli fù subito cavato once otto di sangue dal braccio, e fatte delle fomente ammollienti al basso ventre. Le orine vennero tutte dalla ferita. Il secondo giorno dopo l'operazione verso le 6. di mattina, l'ammalato era perfettamente apiretico; verso le 11. però gli tornò la febbre con dei brividi di freddo, l'accesso durò vicino a otto ore, e gli fù ricavato altre once dieci di sangue dal braccio; le orine incominciarono a venire in parte dal membro.

Il terzo giorno verso le 12. fu nuovamente assalito dalla febbre col freddo, e siccome si sospettava che fosse d'indole inflammatoria benchè mancasse

il dolore, e la tensione all'Ipogastro, si ripetè la cavata di sangue di once otto; le orine venivano quasi tutte dal membro, sempre scevre di materie fecali, e pochissime goccie dalla ferita.

La mattina del quarto l'ammalato fu trovato libero di febbre; ma si sentiva la bocca amara, ed erano quattro giorni, che non andava di corpo. Per questo gli fù dato un purgante composto di gr. xx. di calomelanos, che gli procurò delle piccole evacuazioni; il giorno verso le 4. gli tornò da capo la febbre col freddo, l'accesso fu fortissimo, ed accompagnato da delirio. Verso le otto della sera fu visitato dal nostro Professore, il quale vedendo l'intermittenza manifestissima che avea la febbre, la mancanza del dolore, e del meteorismo del ventre sospettò d'una febbre intermittente perniciosa, ed ordinò, che l'indimani mattina, se l'ammalato si trovava apiretico, gli fosse amministrata oncia una di China in sostanza. Le orine venivano sempre dal membro.

Il quinto nella mattina era affatto libero di febbre, e gli fù data oncia una di China con più goccie xxx. di laudano liquido. Con l'uso della China, e del Laudano si ebbe la fortuna di prevenire il nuovo accesso. Intanto le orine rincominciarono a venire in parte dal membro ed in parte dal taglio; il giorno medesimo si principiò a cauterizzare la ferita.

Il sesto giorno gli furon date quattro dramme di China divise in quattro parti, l'infermo non sentiva che un leggierissimo dolore alla vescica, nel

tempo che orinava, ma a quest' epoca le orine venivano tutte dal taglio.

Il settimo gli fù amministrata altra mezza oncia di China, e le orine seguitarono a venire, come nel giorno precedente tutte dalla ferita.

Il giorno ottavo gli furon nuovamente date dramme due di China. Le orine incominciarono a venire in pochissima quantità dal membro.

Il nono fù sospesa la China e gli si permise il vitto. Dal giorno 9. fino al 18. le orine vennero gradatamente in quantità sempre maggiore dal membro. Il ventunesimo giorno le orine passarono tutte dal membro.

Il vigesimo quinto la piaga dello sfintere ch' è sempre l' ultima a cicatrizzarsi era quasi cicatrizzata.

Il trentesimo fu licenziato dall' Ospedale, perfettamente guarito.

Di Giuseppe

ISTORIA QUINTA.

Domenico Lorenzetti di Massa di Carrara, d'anni 38, di professione cappellajo, di costituzione forte si presentò allo Spedale di Pisa il 23. Settembre 1820. accusando un forte dolore nell'orinare, che lo tormentava fino dall' infanzia, quando più e quando meno; una specie di peso al Perineo, gran prurito alla punta del glande, e all' ano quando orinava; l' orina sortiva dalla vessica con gran sforzi ed a stento, ed era co-

stretto ad orinare ogni momento ; il senso poi di peso al Perineo aumentava nel moto e si facea doloroso; finalmente in diverse epoche aveva fatto dei calcoli per l'uretra .

Dietro i suddetti sintomi si dedusse che potesse avere una Pietra in vescica . Fu esaminato allora dal Professor Vaccà, il quale per assicurarsene introdusse un siringone in vescica, ed avanti d' arrivare al collo della medesima incominciò a sentire la Pietra, sopra la quale gli sembrò di scorrere per lungo tratto; dietro questo esame concluse che esisteva un grosso calcolo orinoso, e che andava subito estratto. Ordinò intanto un' oncia di cremor di tartaro per purgare le prime vie , da cui ottenne molte mosse di corpo. Fu poscia tutto disposto per l'operazione, e la mattina del dì 24. suddetto ad ore sette la eseguì nel modo noto.

L' incisione non presentò difficoltà veruna , la Pietra fu afferrata con somma felicità, e sarebbe stata estratta in un momento se fosse stata consistente, ma essendo questa molto friabile si ruppe in varj pezzi, ragione per cui l'operatore dovette rintrodurre diverse volte la tanaglia; assicuratosi poi col dito di avere estratti tutti i frammenti di qualche mole, portò un iniezione emolliente in vescica per meglio pulirla . Fu dopo sciolto l' operato , e portato in letto. Gli fu prescritta un'emissione di sangue dal braccio di once XIV. che fu immediatamente eseguita. Stretta dieta , e molta bevanda, furono raccomandate .

L' ammalato quantunque forte e robusto dietro la levata di sangue ebbe un piccolo deliquio, ma subito si rianimò coll' uso di un poco d'acqua di tutto cedro semplice.

Il calcolo estratto era di una figura assai irregolare; oltre ad esser grosso quanto un grosso uovo di piccione, aveva dipiù nella parte che corrispondeva al collo della vescica un appendice assai lunga e grossa a guisa di un dito minimo, che si introduceva nel collo della vescica e principio dell' uretra.

Il giorno dell' operazione ad ore tre pomeridiane gli vennero de' brividi, di poi gli sopraggiunse un poco di calore, ma il polso non si alterò quasi punto nel suo moto; passò il rimanente della giornata e tutta la notte quieto senza meteorismo, senza smania, nè dolore alcuno in alcuna parte; orinò qualche goccia d' orina sanguinolenta dal membro, ed in abbondanza dalla ferita.

La mattina del dì 25. andò molto di corpo fecce ben digerite e figurate; seguitò nel giorno la stessa dieta e bevanda; fu lavata continuamente con dell' acqua di malva la ferita, da questa colarono le orine limpidissime in copia, e dal membro poi non ne uscirono che alcune gocce.

Il dì 26. ed il dì 27. i brividi ed il freddo fu più manifesto che negli scorsi giorni, come ancora il calore; verso la sera ne nacque un poco di meteorismo al basso ventre che cessò spontaneamente. Il 28. e 29. al solito. Il 30. veduto che la pia-

ga era detersa e ricoperta di germinazioni carnose vi fu passata sopra la pietra infernale.

Il dì primo Ottobre le orine ricominciarono a sortire in abbondanza dal membro, ed in detto giorno gli fu dato un lavativo perchè non era più andato di corpo; il clistere produsse una mossa.

Il dì due gli fu accordato mezzo vitto unitamente a once VI di vino, e tanto in detto giorno che nel successivo si aumentò sempre più la quantità dell'orina che veniva dal membro, e nel resto al solito. Il dì 4. ed il dì 5. all'ore due pomeridiane la febbre si manifestò con più intensità; e siccome vi erano de'segni di gastricismo si suppose che da ciò dipendesse la febbre maggiore; per questo gli fu ordinato per la mattina del dì 6. un'oncia di cremor di tartaro che non produsse nessuna evacuazione, e si dovè ricorrere di nuovo ad un lavativo composto. Neppur questo compenso giovò e sopraggiunse all'istessa ora la febbre che fu più forte. La mattina del dì 7. gli fu dato olio di ricino once una e mezza; l'olio gli produsse diverse mosse di corpo; nonostante la febbre tornò presentandosi al solito con brividi di freddo, terminando con profusi sudori, orine cariche; e siccome questi sintomi mostravano che si trattava di una febbre del genere dell'intermittenti, si pensò di trattarla colla china; ed a tale oggetto il dì otto gli furon date tre dramme di questa corteccia sottilmente polverizzata.

Le orine ogni giorno passarono in minor quantità dalla ferita, cessarono del tutto di passarvi il dì

sei Ottobre, ma il dì nove ne versò di nuovo due gocce per la ferita, da questo giorno in poi non se ne videro più colare.

La febbre dietro l'uso della china cessò in pochi dì. L'appetito si fece più forte, ed allora gli fu ordinato il tutto vitto, unitamente ad un quarto di pollastro.

Fu passata giornalmente la pietra infernale sopra la piaga, e con celerità essendosi rimarginata, e ritornate le forze al nostro ammalato, il dì ventisette ottobre egli partì dallo Spedale perfettamente ristabilito in salute. Erano diversi giorni che la guarigione si era effettuata, ma l'incostanza della stagione non gli permise di partir prima.

D. Orlandi

ISTORIA SESTA.

La mattina del dì 13. Ottobre 1820. Maddalena Baroni di Vecchiano presentò allo Spedale di Pisa Angiolo Restj de' Trovatelli, piccolo fanciullo dell'età di due anni, a cui la detta Baroni somministrava tuttora il latte, giacchè lo avea ricevuto dallo Spedale per tale oggetto; essa ci narrò, che detto piccolo fanciullo da quindici giorni, soffriva moltissimo nell'orinare. Questo bambino si trovò ben nutrito, e senza alcun vizio generale apparente, che mangiava e lattava con grande appetito, e passeggiava da molto tempo senza nessuno ajuto. Interrogata la Balia, perchè ci narrasse con precisione ciò che sof-

friva il detto bambino, ci disse, che dacchè l'aveva ricevuto a balia, mai aveva orinato bene, sempre a gocce, e senza parabola: che non aveva accusato però dolore mentre che evacuava le orine; che da soli quindici giorni faceva vedere di soffrire moltissimo, giàcchè tutte le volte, che gli veniva lo stimolo di orinare, incominciava a gridare; ed a piangere, si stropicciava il membro, si gettava per terra, incrociava le coscie, e dopo un gran soffrire orinava alcune gocce. Fu pensato allora che potesse avere un calcolo in vescica. Per assicurarsene fu siringato, e fu subito riscontrato il calcolo.

Se ne avvisò il Professor Vaccà, il quale portatosi allo Spedale, ed assicuratosi da se stesso dell' esistenza del detto calcolo decise d'operare il giorno appresso, ed intanto ordinò per purgante, calomelanos gr. jv. Questo produsse diverse evacuazioni: la mattina del dì 14. Ottobre ad ore sei fu dato un lavativo, ed all'ore sette antimeridiane eseguì il suddetto Professore l'operazione nel modo solito.

L'incisione, e l'estrazione della Pietra furono ugualmente facili. La Pietra avea dieci linee in lunghezza, tre in profondità, ed in larghezza. Uscì appena qualche goccia di sangue. Terminata l'operazione si fece un'iniezione in vescica di acqua emolliente, si ordinò che fosse portato l'operato in letto, che si nutrisse del solo latte somministratogli dalla Balia, e che facesse uso di molta bevanda.

Circa a mezzo giorno le carni si fecero urenti, e ne nacque un poco di febbre: però si ordinò tre

mignatte che furono applicate nelle vicinanze dell'ano. La sera svanì la piccola febbre, l'ammalato si trovò allora sufficientemente ilare, e sembrò di non aver nulla sofferto. Le orine non si videro per quel giorno mai colare dalla ferita, ma sempre dal membro.

Il dì 15. non comparve punta febbre, fu continuata stretta dieta, molta bevanda, e l'orine fluirono in gran copia dal membro. Il dì 16. ed il dì. 17. al solito.

Il dì 18. ossia 4. dall'operazione, la ferita era benissimo detersa ed in parte riunita, ma nell'orinare che fece dal membro si videro cadere tre o quattro gocce d'orina limpidissima dalla ferita.

Il dì 19. gli fu accordato un poco di vitto, fino a detta epoca non si era nutrito che del solo latte della Balia; le orine continuavano a colare in gran copia dal membro, ed alcune gocce dalla ferita, però soltanto nel tempo che le evacuava dall'uretra.

Il dì 20. andò molto di corpo, ed assai liquido, nel resto al solito: il 21. veduto che continuavano le mosse di corpo gli fu ordinato sei grani di calomelanos, sotto l'uso del quale ottenne del vantaggio. Fu passata la pietra infernale sulla piaga. Il 22. al solito, le mosse di corpo seguitavano.

Il 23. fine del nono giorno, osservato con attenzione mentre il bambino orinava, per vedere se sortiva più l'orina dalla ferita, non se ne vide il più piccolo segno. La piaga era quasi ridotta a zero, non ostante sopra il piccolo residuo di essa vi fu passata la pietra infernale. Nel resto al solito.

Osservato di frequente l'operato fino al dì 26., orina dalla ferita non se ne vide uscir più; ma però seguitava tuttora ad andare sciolto di corpo.

Alla fine del quattordicesimo giorno dall'operazione, il nostro piccolo operato si trovò perfettamente guarito. In tutto il tempo della cura l'orine sono state sempre chiare: egli ha orinato sempre dal membro, e solo ne sono colate alcune gocce dalla ferita per i cinque soli primi giorni, nel tempo però che orinava dal membro. Non ha avuto che una febbre; ha mostrata sempre avidità di mangiare, e giammai è stato di continuo in letto. La diarrea è stata il solo sconcerto che lo ha tormentato, ed abbiamo poi ritrovata la causa di questa affezione nello spuntare di due denti molari, all'apparire dei quali cessò la diarrea. Il dì 28. Ottobre 1820. partì dallo Spedale perfettamente guarito.

D. Orlandi.

Alle sei istorie fin quì narrate posso aggiungerne diverse altre interessantissime, e comincerò da una del signor Dottor Farnese chirurgo esercente a Milano, già noto per alcune dotte produzioni. Egli ha avuta la gentilezza di permettermi di fare uso di questa sua osservazione che non ha ancora pubblicata; ma siccome mi avverte di avere consegnata una estesa, e dettagliata Memoria sul taglio Retto-vescicale all'Imp. e R. Istituto di Scienze, Lettere, ed Arti di Milano, aspettando che un tale scritto sia reso noto io mi contenterò di riportare, che il citato sig.

Farnese fece l'operazione sopra un certo Luigi Pacini di Busdagno, dotato di buon temperamento, e dell'età di cinquanta anni, alla presenza dei chiarissimi sigg. Dottori Andreazzini, e Barsotti, l'ultimo dei quali rimase poi alla cura dell'operato. Nell'operazione non fu inciso il basso fondo della vescica, ma l'uretra, il collo della vescica, la prostata; estrasse indi con facilità una Pietra di figura ovale, e un poco schiacciata, pesante un oncia, e dodici denari.

Furono mitissimi i sintomi che insorsero dopo l'operazione, e furono combattuti con dieta rigorosa, blande e copiose bevande, purghe oleose ec. ec.

Non comparvero fecce dall'uretra. Per 10., o 12. giorni uscirono tutte le orine per la via dell'ano, dopo quest'epoca principiarono a passare anche per l'uretra. La piaga fu spesso toccata con la pietra infernale, e in trentatre giorni fu perfettamente cicatrizzata.

Il Sig. Geri Professore di Clinica Chirurgica all'Università di Torino ha pure due volte eseguito, e sempre con successo, il taglio Retto-vescicale. So che il nominato Professore ha pubblicati col mezzo di un giornale chirurgico che si stampa a Torino questi due casi, e so ch'egli si è servito di un processo operatorio suo particolare, ma disgraziatamente, non ho ancora potuto vedere la citata opera periodica. Mi è peraltro noto, che nel primo caso egli tagliò il basso fondo della vescica, e le fecce uscirono per l'uretra miste all'orine; malgrado questo l'operato guarì perfettamente, ed in assai breve tempo. So che il

secondo operato è pure guarito, ma ignòro se in questo fosse inciso il basso fondo della vescica, e se altro accadesse di rimarchevole dopo l'operazione.

Delle due operazioni fatte col taglio Retto-vescicale dal meritissimo Professore Barbantini, una è stata resa di pubblico diritto, ed è noto che il citato Professore potè estrarre un'enorme calcolo senza romperlo per la via dell'intestino. Egli incise il basso fondo della vescica, rispettò il collo, l'uretra, la prostata. Le fecce passarono per altro in vescica, e malgrado una grave affezione vescicale l'ammalato guarì, ma con una fistola orinaria.

La seconda operazione il Professore Barbantini la praticò sopra un'uomo di una certa età, e più per scansare il rimprovero di non avere tutto tentato per salvare l'ammalato, che con la speranza di ottenere un esito fortunato, perchè moltissime ragioni faceano temere che esistesse grave affezione organica nelle pareti della vescica. Egli operò incidendo al solito il basso fondo della vescica, estrasse la Pietra, e trovò la vescica malatissima. Malgrado questo i sintomi furono lievi nei due primi giorni, poi insorsero quelli che denotavano peritonitide, e l'ammalato perì. Le orine vennero fecciose, anche in questo caso. E la sezione del cadavere che confermò la preesistenza all'operazione di una grave affezione patologica alla vescica, mostrò molte materie stercoracee passate nella cavità di questo organo.

Egli è dunque provato da tutte le osservazioni che si conoscono su questo articolo, che il passaggio

delle materie stercoracee dall'intestino in vescica, accade quando si taglia il basso fondo della vescica, e si rispetta l'uretra, il collo della vescica, e la prostata, come abbiamo antecedentemente asserito, e mai fino ad ora è successo che le materie stercoracee passino in vescica, quando si è risparmiato il basso fondo, ed inciso il collo come ha fatto il sig. Farnese, come ho costantemente fatto io.

STORIA DI PIETRA IN VESCICA COMPLICATA CON GRAVIDANZA.

Lazzeri Annunziata, di S. Prospero, dell' età d' anni ventotto, nata da genitori sani, di temperamento robusto, gravida da circa tre mesi, venne ammessa nell' istituto di clinica esterna diretta dal Professore Sig. Andrea Vaccà li 18. Novembre 1820.

Incomodata tre anni addietro da difficoltà d'espellere le orine, questa difficoltà fu vinta con l'uso di pochi bagni d' acqua dolce, che ajutarono l'uscita di alcuni calcoli i quali verisimilmente ne formavano la causa. Era stata pur assalita non ha guari da una pleuritide dalla quale si era liberata senza conservare le tracce di alcuno benchè minimo disordine. Il resto della sua vita lo avea campato si può dire aliena da incomodi. Correan già circa mesi due, che dessa avea incominciato ad esser bersagliata da dolori alla regione ipogastrica che si estendevano alla coscia destra, la quale era come da torpore, o stupore malmenata, ed accompagnata da dolori

aventi tutti i segni di una colica nefritica. Simili incomodi, essa li attribuiva alla gravidanza che già era inoltrata; nel 3.° mese s'accrebbero, si fecero vie più intensi, e resero più difficile l'espulsione dell' orina, il che si dee forse attribuire al passaggio di nuovi calcoli in vescica, che colle loro punte la irritavano, e la sottoponevano a spasimi continui, e veementi. Tali disastri l' obbligarono di trasferirsi per la prima volta all'ospedale, il 14. Novembre. A questo passo l' indusse la certezza datale da un Chirurgo che la sua gravidanza era complicata con Pietra in vescica.

Diligentemente esaminata l'inferma dal nostro Clinico vi riscontrò non solo i segni razionali della Pietra; ma i segni patognomonici con la siringa.

Il Professore fece osservare ai giovani medici, e chirurghi, dai quali era circondato, che la gravidanza di questa disgraziata rendeva il di lei stato molto più grave e pericoloso, e che non si poteva prendere un partito senza il rischio di errare. Il rimettere l'operazione alla fine del puerperio potea dar luogo all'aumento del volume della Pietra, ad una più grave affezione delle pareti della vescica, già morbosamente sensibile, in modo da risvegliare violenti dolori nell' espulsione delle orine, e delle fecce, nei più piccoli movimenti del corpo, ed anche nel perfetto riposo. Questi acerbi dolori costringendola a dei violenti, e frequenti conati per orinare la privavano dei sonni, le alteravano le digestioni, e facevano ogni giorno deteriorare le condizioni generali della

sua macchina; una tale irritazione nelle vicinanze dell'utero, ed a un organo come la vescica che tanto consente con l'utero, potea forse portare l'aborto, tanto più dando sì spesso luogo alle contrazioni violentissime dei muscoli del basso ventre e del diaframma. Aggiunse di più che non era impossibile che la Pietra si aumentasse al segno da opporre qualche ostacolo al libero passaggio del feto a traverso la Pelvi.

Ma se tutte queste ragioni poteano consigliare ad eseguire subito l'operazione, l'operare subito dall'altro lato potea forse accelerare l'aborto che si doveva temere, e col patema di animo, che dovea risvegliarsi nella donna all'aspetto di sì grave operazione, e con l'irritazione e l'infiammazione della vescica, e delle parti vicine che potevano essere il resultato dell'operazione; e se l'aborto sopraggiungeva dopo l'operazione, potea forse portare più gravi conseguenze, combinandosi con la ferita della vescica. E siccome non era dimostrata la impossibilità di calmare tutti quelli sconcerti che nascevano dalla estrema irritazione della vescica, e della quale specialmente si temevano le conseguenze, il Professore si decise per questo tentativo, e prescrisse vitto piuttosto parco, e rinfrescante, bagni tepidi di acqua dolce, riposo perfetto, bevande diluenti, delli oppiati ora per bocca, ora per lavativo. Questo sistema tenuto per diversi giorni non avendo prodotto il benchè minimo buono effetto, il Professore propose l'operazione, che l'ammalata non accettò, e

partì dallo spedale: ma poco essa tardò a ritornarci spintavi da patimenti atroci che le rendevano insopportabile l'esistenza. In questo stato di cose non parve al Clinico più dubbioso il partito da prendersi, e fu decisa l'operazione, che attualmente la disgraziata paziente reclamava a mani giunte.

Rimaneva a determinare il metodo con cui doveva eseguirsi l'operazione, il Professore fece sentire ai suoi scolari che avrebbe ben volentieri tentata l'incisione del basso fondo della vescica, metodo che gli sembrava veramente il più acconcio, perchè poteva dare libero esito alle grosse Pietre senza esporre all'emorragie, nè alli stravasi orinosi, senza scoprire il Peritoneo, senza esporre alla paralisi del collo della vescica, ma egli temette lo stato di gravidanza. Con una ferita della vescica comunicante in vagina, non potea il sangue in caso di aborto, sgorgando in grande abbondanza dall'utero, passare in vescica, e non poteano passarvi i lochi? Con questi dubbi preferì il metodo del Professore Dubois, per chè giudicava la Pietra di piccolo volume. In questa falsa supposizione vi era stato indotto, e dalla difficoltà con la quale riscontrava la Pietra con la siringa, dal non sentirsi facilmente il calcolo dalla parte della vagina, e dal racconto dell'ammalata, dal quale resultava che i di lei incomodi orinari erano comparsi da poco tempo.

L'incisione fu praticata con la più grande facilità, ma l'estrazione della Pietra fu laboriosissima e lunghissima. Pare che queste grandi difficoltà nasces-

sero, primo dal presentarsi la Pietra alla tanaglia sempre col suo gran diametro. 2.° dalla estrema contrazione delle pareti della vescica sopra la Pietra, e dalle contrazioni dei muscoli del basso ventre, e del diaframma, che questa disgraziata sopraffatta dallo spavento non cessò mai di fare agire, gridando qual forsennata, malgrado le preghiere, e le minacce dell'operatore; queste contrazioni non permettevano ai cucchiai della tanaglia di passare liberamente fra le pareti della vescica, e le facce della Pietra per bene afferrarla. 3.° dalla friabilità del primo strato della Pietra che diverse volte si ruppe, e la tanaglia abbandonò la presa. Finalmente dopo molti reiterati tentativi la pietra fu estratta, ed una injezione di acqua tepida fu spinta con forza in vescica per lavarla, e per liberarla dai piccoli frammenti resultati dalla rottura del primo strato.

Rimessa l'ammalata in letto le si prescrissero gocce XV. di laudano liquido, libbre una di sangue da estrarsi dal braccio, delle fomente tepide continue alla regione ipogastrica, ed una copiosa limonata per bevanda.

Passò tutta la mattinata senza che soffrisse il benchè minimo sconcerto. Al dopo pranzo le si affacciò il vomito. I moti del feto si sospesero: alla sera comparve un piccolo moto febbrile con poco calore, ed un dolore al lato sinistro dell'ipogastrio: le si prescrissero allora sei mignatte alla regione ipogastrica per subito, e trenta gocce di laudano da darsi nel corso della notte.

Dietro le suddette pratiche l' inferma ottenne del sollievo , passò la notte assai quieta , e nel mattino seguente si trovò con una febbre mite . Al basso ventre vi si riscontrò un leggiero meteorismo non però doloroso sotto la pressione della mano . Fu continuata la solita bevanda acidula, le fomente all'ipogastrio, nulla di nuovo fu aggiunto .

Li 22. presentava un sollievo assai notabile . Il meteorismo quasi del tutto dissipato, l'inferma quasi apiretica , con pochissimo calore, ma con patina biancastra alla lingua . Fu fatta la solita prescrizione aggiungendovi un lavativo onde servir di fomenta, e lubricare gl'intestini : per ora non sentiva i moti del feto. Li 23. miglioramento più vistoso; le orine scolavano senza difficoltà, e con poco dolore , totale scomparsa del meteorismo, la solita piccola febbre. Il lavativo avea prodotto delle evacuazioni fluide, e fetenti : furono prescritte le medesime pratiche . L'inferma cominciò al dopo pranzo a sentire i moti del feto, la notte la passò assai tranquilla. Li 24. il miglioramento divenne vie più notabile, la febbre appena comparve. Li 25. stimoli al vomito , e vomito di materie biliose, le orine furono sedimentose, e con qualche piccolo frammento di Pietra. Li 26. le fu prescritta oncia mezza d'olio di ricino, avuto riguardo alla dispepsia di cui si lagnava . Il catartico produsse delle abbondanti scariche alvine con vantaggio . Li 27. i moti del feto le si resero più manifesti, la febbre cessò , le orine continuarono ad essere calcolose. Li 28. non esibì nulla di nuovo. Li 29. 30. e 31. non offrì nulla di rimarchevole.

Il 1.° Gennajo 1821. le orine fluirono al solito involontariamente, e con alquanto di bruciore. Continuava lieve dispepsia.

2.° La dispepsia s'accrebbe, dovuta forse parte alla gravidanza, e parte ai disordini nel mangiare, che questa donna commetteva malgrado tutte le premure, si aggiunse stitichezza di ventre, e si usò di blandi lavativi.

3.° La prescrizione corrispose quasi del tutto all'intento. Li 4. 5. e 6. nulla di nuovo, le orine sono vie più sedimentose e fluiscono sempre involontariamente, però con meno dolore di prima.

Gli giorni 7. 8. 9. e 10. non offrono particolarità degne di rimarco. Da questo momento fino ai primi di Febbrajo, epoca della perfetta guarigione, nulla ci fu di notabile. Le orine divennero limpidissime, fluirono senza dolore, ma però sempre involontariamente mentre la donna era in piedi. Le forze si ristabilirono, e non rimasero che quelli sconcerti ch' erano l'effetto della gravidanza, e l'incontinenza dell'orina.

D. Benedetto Trompeo

La Pietra sopra descritta avea una forma ovoide, un poco schiacciata sui lati. Nel suo maggiore diametro presentava ventuna linea di lunghezza, nel minore diciassette. Benchè bianca era coperta di moltissime asperità, le quali appartenevano tutte ad'uno strato superficiale friabile. Liberata la Pietra da questo strato niente più grosso di mezza li-

nea in qualche punto, ed in altri di una linea, variava di colore divenendo oscura, e la di lei superficie si osservava levigatissima.

Si notò in questa Pietra una cosa assai singolare che mai mi era accaduto di osservare precedentemente. In una delle sue facce, ove le tanaglie aveano tolto il primo strato, presentava una leggiera fessitura elittica che circonscriveva, o racchiudeva una porzione di Pietra, che con pochissimo sforzo si staccò, e si separò dal rimanente del calcolo. Allora potè notarsi, come non era questa una sottile squamma, ma una grossa porzione che si era staccata da un piccolo nucleo che formava il centro del calcolo. Il piccolo nucleo presentava una superfice quasi piana, il pezzo staccato nel luogo ove corrispondeva al nucleo aveva una marcata concavità, onde evidentemente rimaneva un vuoto fra queste due superfici. Pare dunque che un fluido aeriforme si fosse formato nel centro della Pietra, e che questo avesse spinto in fuori quella porzione di calcolo che gli sovrastava.

Le tanaglie possono frangere, e frangono spesso le Pietre in vescica, ma la rottura descritta non può, come ognun vede, essere attribuita alle tanaglie, onde pare che in qualche rarissimo caso non sia impossibile che la Pietra si franga spontaneamente in vescica.

Sembra improbabile, che una Pietra del descritto volume non avesse principiato a formarsi prima dell' epoca, nella quale la donna dicea di aver comin-

ciato a soffrire incomodi di orina, ed è sommamente probabile che la nostra paziente non si avvedesse di avere la Pietra, finchè questo calcolo fu levigatissimo, e soffrisse poi orribilmente al formarsi dello strato scabro.

Ho un altra volta veduto accadere il fenomeno contrario, ho veduto cioè dei sintomi violentissimi prodotti da una Pietra scabrosa, alleggerirsi, e mitigarsi in modo da far credere allo scioglimento del calcolo, perchè uno strato di sostanza levigatissima si era formato sullo strato disuguale e ne avea coperte le punte. Sono forse i fatti di questa natura, che hanno alle volte accreditato i rimedi non solo presso i malati, ma presso anche le persone dell'arte.

FINE.

ERRORI			CORREZIONI
Pag. 10.	Ver. 4.	l'estrazione	l'estrazione, e l'uscita
19.	34.	portarci	portare
26.	9.	anteriore	posterióre
27.	22.	ad una	una